

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1955

N° 504

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

COMET Philippe

né le 19 Avril 1925, au PERREUX-sur-MARNE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE :

**ETUDE DE 49 CAS DE
TUMEURS VEGETANTES DE L'OVAIRE**

Président : Monsieur le Professeur BROCC

PARIS 1955



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552212_0019

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **COMET**

Prénom : **Philippe**

Date de la soutenance.....

Numéro d'ordre

COMET (Philippe)

**ETUDE DE 49 CAS
DE TUMEURS VÉGÉTANTES
DE L'OVAIRE**

Paris. Ed. " Le Memorial " 1955
in-4°, 12 p.b. + 63 p. +
XLVII p. (Th. méd. (Et.), Paris
1955.

No.....)

COMET (Philippe)

**ETUDE DE 49 CAS
DE TUMEURS VÉGÉTANTES
DE L'OVAIRE**

Paris. Ed. " Le Memorial " 1955
in-4°, 12 p.b. + 63 p. +
XLVII p. (Th. méd. (Et.), Paris
1955.

No.....)

COMET (Philippe)

**ETUDE DE 49 CAS
DE TUMEURS VÉGÉTANTES
DE L'OVAIRE**

Paris. Ed. " Le Memorial " 1955
in-4°, 12 p.b. + 63 p. +
XLVII p. (Th. méd. (Et.), Paris
1955.

No.....)

COMET (Philippe)

**ETUDE DE 49 CAS
DE TUMEURS VÉGÉTANTES
DE L'OVAIRE**

Paris. Ed. " Le Memorial " 1955
in-4°, 12 p.b. + 63 p. +
XLVII p. (Th. méd. (Et.), Paris
1955.

No.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A N N É E 1 9 5 5

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

COMET Philippe

né le 19 Avril 1925, au PERREUX-sur-MARNE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le.....

TITRE :

**ETUDE DE 49 CAS DE
TUMEURS VEGETANTES DE L'OVAIRE**

Président : Monsieur le Professeur BROCC

PARIS 1955



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN - BRINDEAU - CADENAT - CARNOT - CHABROL - CHEVASSU -
CHIRAY - CLERC - DELBET - GOUGEROT (H.) - GUILLAIN - HARVIER -
LAUBRY - LEMAITRE - LEMIERRE - LHERMITTE - LIAN - LOEPER - MARION -
MATHIEU - MOCQUOT - MULON - OLIVIER (E.) - OMBREDANNE - SANNIE -
SEZARY - TANON.

DOYEN..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR..... Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique.	DELARUE (A.)
Bactériologie.	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT(P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale.	N...
Cliniques chirurgicales	{ Hôtel-Dieu BROCC (P.)
	{ Broussais DE GAUDART-
	{ Salpêtrière. D'ALLAINES (F.)
	{ Cochin MONDOR (H.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	QUENU (J.)
	MERLE
	d'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture.	LELONG (M.)

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang.	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE(T.)
Clinique des maladies des enfants.	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique.	FUNCK- BRENTANO (P.)
(Hôtel-Dieu. . . .	BENARD (H.)
(Bichat.	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales (Cochin	MOREAU (R.)
(Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique. .	JUSTIN-BESANCON
Clinique médicale propédeutique.	PASTEUR VALLERY RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition.	BOULIN (R.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Clinique obstétricales. . . (Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
(Port-Royal	LACOMME ()
Clinique ophtalmologique.	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale.	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique.	FEY (B.)
Embryologie.	GIROUD (A.)
Génétique.	LAMY (M.)
Histoire de la medecine et de la chirurgie . . .	MOUQUIN (M.)
Histologie.	CHAMPY (C.)

Hygiène et clinique de la première enfance.	MM. CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive.	JOANNON (C.)
Médecine du Travail.	DESOILLE (H.)
Médecine légale.	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale . .	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale.	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique.	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale.	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales.	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale.	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale.	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie.	BINET (L.)
Physique médicale.	STROHL (A.)
Radiologie médicale.	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique.	TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES :

Anatomie	MM. (DEBEYRE (J.) { DELMAS (A.) Pr. s. ch. { N... { GAUTHIER-VILLARS
Anatomie pathologique.	{ Melle P. Pr. s. ch. { BUSSE (F.) { GOUYGOU (C.)
Bactériologie.	{ FASQUELLE (R.) { NEVOT (A.)
Biologie médicale.	BOURLIERE (F.)
Chimie médicale.	{ ETTORI (J.) Pr. s. ch. { JAYLE (M.F.) pr. s. ch. { SCHAPIRA (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)

Histologie.	(BULLIARD (H.) pr. s. ch. (COUJARD (R.) (N...
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	(BOYER (J.) (DEPARIS (M.)
Médecine légale et du travail . . .	(DEROBERT (L.) (GAULTIER (M.) (HADENGUE (A.)
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	SEZE (S. de)
	(GRASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MAYER (M.)
Obstétrique	(MERGER (P.) (MORIN (P.) (RAVINA (J.) (VARANGOT (J.)
Ophtalmologie.	(OFFRET (G.) (DESVIGNES (P.)
Orthopédie.	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie.	(HALPHEN (E.) pr. s. ch. (AUBRY (M.) (MADURO (R.)
Parasitologie.	(BRUMPT (L.) (CHABAUD (A.)
	(ABOULKER (P.) (BAUMANN (J.) (GOSSET (J.) (HUGUIER (J.) (LAURENCE (G.) (LEGER (L.)
Pathologie chirurgicale	(LORTAT-JACOB (J.) (OLIVIER (Cl.) (PADOVANI (P.) (POILLEUX (M.) (ROUX (M.) (RUDLER (J.C.) (VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale.	N...
	(BERNARD (J.) (BOUDIN (G.)
Pathologie médicale	(CASTAIGNE (P.) (CONTE (M.) (DECOURT (J.) (DOMART (A.)

MM.

Clinique médicale.	(HAGUENAU (M.) pr. s. ch. MARCHAL (G.) SOULIE (E.)
Clinique obstétricale.	ECALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique urologique.	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté . . .	MM. MOREL (J.)
Secrétaire.	Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN (A.)
Conservateur.	Melle GOICHON
Bibliothécaires.	(Melles DUMAITRE (P.) - LE NOIR (G.) METIN (F.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

0

0 0

	(DREYFUS (Gilber)
	(FAUVERT (R.)
	(HAMBURGER (J.)
	(KOURILSKY (R.)
	(LAMOTTE (M.)
Pathologie médicale.	(LAROCHE (C.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PEQUIGNOT (H.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J.)
	(JOSEPH (R.)
Pédiatrie.	(LAPLANE (R.)
	(N...
Pharmacologie.	(LEVY (Melle J.) pr. s. ch.
	(CHEYMOL (J.H.) pr. s. ch.
Physiologie.	(BARGETON (D. pr. s. ch.
	(PARROT (J.L.)
Physique médicale.	(DJOURNO (A.) pr. s. ch.
	(GOUGEROT (L.)
Pneumo-phtisiologie.	KREIS (B.)
Psychiatrie.	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile.	MICHAUX (L.)
Stomatologie.	(CERNEA (P.)
	(CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERRAULT
	Chargé de l'enseignement
Urologie.	KRUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A.) Obstétrique - GATELLIER (J.) Clinique chirurgicale - LE LORIER (V.) Obstétrique - VAUDESCAL (R.) Obstétrique.

IV.- PROFESSEUR SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale.	(AMELINE (A.)
	(PATEL (J.)
	(SICARD (A.)
Clinique médicale	(BROUET (G.)
	(CACHERA (R.)

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES FRERES ET SOEURS

A MA BELLE-FAMILLE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur BROCCQ

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

dans le service duquel nous avons commencé
nos études médicales,

pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de cette Thèse.

A Monsieur le Professeur LACOMME

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Accoucheur de la Maternité de Port-Royal

qui a bien voulu nous accepter au nombre
de ses élèves, en remerciement pour l'en-
seignement dont il nous a fait bénéficier
pendant deux années,

en témoignage de notre gratitude et de notre
profond respect.

A Monsieur le Docteur JAMAIN

Gynécologue Accoucheur de l'Hôpital Tenon

en remerciement de tout le profit que nous
avons tiré des deux années passées dans
ses services de Créteil et de Tenon.

A Monsieur le Docteur Guy LE LORIER

Gynécologue Accoucheur des
Hôpitaux de Paris.

en témoignage de gratitude pour l'obligance dont il a toujours fait preuve à notre égard.

en remerciement pour l'aide qu'il nous a apportée dans le choix et la rédaction de cette Thèse.

A Monsieur le Docteur FEYEL

Chef de Laboratoire à la Faculté
de Médecine de Paris.

en expression de notre gratitude pour l'aimable accueil qu'il nous a réservé, pour l'aide très importante qu'il nous a donnée en nous fournissant les principaux éléments de ce travail.

A Monsieur le Docteur M.A. WEILL WARLIN
Gynécologue Accoucheur assistant
des Hôpitaux de Paris.

en témoignage de reconnaissance pour
les directives et les conseils qu'il
nous a toujours prodigués.

A TOUS LES MEDECINS DE LA MATERNITE DE PORT-ROYAL

A TOUS NOS MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE.

ETUDE DE 49 CAS DE TUMEURS VEGETANTES
DE L'OVAIRE

A V A N T - P R O P O S

Nous tenons à remercier tout d'abord Monsieur Guy LE LORIER de la confiance qu'il nous a témoignée en nous remettant et en nous permettant d'étudier les observations de tumeurs végétantes de l'ovaire rapportées par lui, avec les documents histologiques correspondants, d'un stage au FRAUENSPITAL de Bâle.

Il nous a ainsi inspiré cette thèse et nous a largement guidé dans sa rédaction, tout spécialement pour la partie clinique et thérapeutique.

La lecture des coupes a été effectuée et les données anatomo-pathologiques ont été fournies par Monsieur FEYEL que nous remercions tout particulièrement puisque ces notions, essentielles dans toute étude sur les tumeurs végétantes de l'ovaire, occupent ici la place la plus importante.

I N T R O D U C T I O N

Cette étude comprend 49 observations de tumeurs végétantes (T.V.) de l'ovaire.

Elle n'a pas la prétention d'apporter des éléments nouveaux dans la connaissance de ces tumeurs, mais son intérêt réside dans le fait qu'il s'agit d'une série homogène où tous les cas ont été suivis dans leur évolution pendant un nombre d'années suffisant ; nous espérons ainsi apporter une modeste contribution à la question du pronostic de ces tumeurs qui reste si difficile.

HISTORIQUE.-

Individualisées dans la seconde moitié du XIX^e siècle, les tumeurs végétantes de l'ovaire ont été bientôt décrites sur le plan anatomo-pathologique, tout spécialement par Pfannenstiel. Mais à cette époque on n'ait toute valeur à l'histologie pour le pronostic (Bouilly en 1897 au XI^e congrès de chirurgie de Paris).

Depuis, de nombreuses publications ont été faites. Parmi les thèses françaises, il faut citer celle de Wacquez en 1889, de Degardien en 1900, de Schuster en 1936, et surtout l'important travail de Mathieu en 1937. Plus tard, celui de Dieulangard en 1943, et enfin le dernier à notre connaissance, celui de Lebret en 1947 sur les observations de tumeurs végétantes de la clinique gynécologique de Paris.

Le pronostic histologique, auquel les Anciens n'attribuaient aucune valeur, a été réhabilité à la suite des travaux modernes de Taylor et Brackmann ; il occupe une place de choix dans l'importante étude de Mathieu, de même que dans celles de Schuster et Lebret.

C'est sur ce problème que nous centrerons notre travail.

CLASSIFICATION DES TUMEURS DE L'OVAIRE - PLACE DES GROUPES ETUDIÉS.-

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail d'étudier dans le détail la classification des tumeurs de l'ovaire. Il s'agit en effet d'un des chapitres les plus controversés de la pathologie et la variété des critères retenus par les différents auteurs qui ont abordé cette question pour essayer d'établir une classification cohérente suffit déjà à démontrer la difficulté d'une telle entreprise. Nous essaierons seulement de définir la place des groupes étudiés dans le cadre général des tumeurs de l'ovaire.

Deux catégories de classification ont été successivement proposées : les unes font appel à l'histogénèse et entendent classer les tumeurs ovariennes d'après leur origine embryologique. MASSON distingue ainsi les tumeurs de l'épithélium germinatif correspondant à chacune des trois poussées germinatives des tumeurs excrétogénitales qui proviendraient de vestiges wolffiens et des tumeurs mésenchymateuses comprenant à côté des fibromes et des sarcomes les tumeurs de la thèque interne. Les dysembryomes ovariens sont classés à part et l'existence de tumeurs mixtes ou associées : Dysembryomes + Kystes muqueux, par exemple, ne seraient dus pour MASSON qu'à la coexistence de deux tumeurs indépendantes. Les tumeurs de la première poussée germinative comprennent essentiellement les séminomes. Les tumeurs de la deuxième poussée comprennent les épithéliomas pflügeriens, les tumeurs folliculaires et les tumeurs du corps jaune ; enfin les tumeurs de la troisième poussée (poussée stérile) comprennent les kystes intracorticaux, les kystes racémeux et les tumeurs végétantes papillaires.

Les tumeurs excrétogénitales sont les plus fréquentes des tumeurs ovariennes. Les tumeurs bénignes sont les kystes mucoïdes uniloculaires ou multiloculaires revêtus par un épithélium simple formé de cellules caliciformes à mucus. Toutes les transitions existent entre ces kystes bénins et les épi-

théliomas wolffiens végétants ou l'épithélium d'aspect vil-
leux est plus ou moins atypique et perd progressivement
ses propriétés mucipares. C'est à ce groupe également que
MASSON rattache les épithéliomas massifs, c'est-à-dire la
plus grande partie des tumeurs solides de l'ovaire qui
peuvent être cylindriques et glandulaires ou complètement
atypiques.

Pour LECENE, le point de vue intéressant est celui
du pronostic. Laissant de côté l'histogénèse, il décrit des
tumeurs bénignes, kystes et tumeurs solides, des tumeurs
malignes primitives et intercale entre ces catégories les
tumeurs et les kystes végétants dont le caractère bénin ou
malin ne semble pas toujours bien tranché.

Les tumeurs bénignes comprennent des kystes et des
tumeurs solides. On distinguera des kystes séreux généra-
lement uniloculaires. Ils sont formés d'une paroi mince
dont le revêtement interne est un épithélium unistratifié
habituellement cilié et non sécrétant. Ils correspondent
aux kystes germinatifs de MASSON mais LECENE pense qu'ils
dérivent du corps de Wolff. Il existe toutes les transitions
entre les kystes séreux et les kystes végétants qui ont
été placés dans une catégorie spéciale, ce qui montre qu'ils
sont sans doute de même nature. A côté de ces kystes sé-
reux on distingue des kystes mucoïdes exceptionnellement
uniloculaires, le plus souvent multiloculaires revêtus par
une couche de cellules caliciformes à mucus. Ces formations
correspondent aux tumeurs excréto-génitales de MASSON, mais
les cellules du kyste mucoïde ressemblent tout à fait aux
cellules de l'intestin ; leur parenté physiologique sera
également démontrée par leur propriété commune de sécréter
l'invertine. LECENE admet donc que les tumeurs mucoïdes de
l'ovaire sont des tumeurs embryôides formées aux dépens du
tissu endodermique et les appelle kystes entéroïdes. Il
montre d'ailleurs que la maladie gélatineuse du péritoine
peut résulter aussi bien de la rupture d'un kyste de

l'ovaire que de celle d'une mucocèle iléo-caecale. Enfin, les kystes dermoïdes ou embryomes kystiques bénins constituent la troisième catégorie de kystes bénins. LECENE admet la formation de kystes mixtes, par exemple : mucoïdes et dermoïdes ou bien mucoïdes et végétants et explique ces associations en considérant que tous ces kystes sont des embryomes complexes. Les tumeurs solides bénignes comprennent les fibromes et tumeurs mixtes épithélio-fibromes.

Les tumeurs et les kystes végétants de l'ovaire occupent une place intermédiaire entre les tumeurs et les kystes bénins et les cancers de l'ovaire ; ce groupe englobe des lésions en apparence très diverses mais son homogénéité est facile à démontrer. Le point de départ de la tumeur végétante typique est un kyste dans l'intérieur duquel croissent des villosités papillaires, mais ce kyste se rompt et les végétations d'abord enkystiques deviennent exokystiques, intra-péritonéales. Habituellement, ces deux stades se rencontrent sur la même tumeur ; parfois il n'y a plus de kyste apparent mais sans doute a-t-il existé au début un microkyste puis les végétations se sont répandues par greffes sur toutes les surfaces voisines. La structure histologique est en réalité toujours la même ; elle est définie par la présence d'axes conjonctifs portant une seule assise de cellules basses non sécrétantes, enfin le stroma des villosités contient souvent des calcosphérites. Leurs caractères cytologiques rapprochent beaucoup les kystes séreux et les tumeurs végétantes et, en fait, on trouve entre eux tous les intermédiaires. Les tumeurs végétantes seraient donc pour LECENE des dérivés wolffiens.

Les tumeurs malignes primitives de l'ovaire constituent un groupe complexe sans unité structurale. LECENE distingue des cancers formés par dégénérescence d'un kyste primitivement bénin, en particulier en ce qui concerne les kystes mucoïdes et dermoïdes. Il décrit en effet des kystes mucoïdes végétants qu'il faut considérer comme un premier stade de transformation maligne.

Les cancers formés par dégénérescence d'une tumeur végétante typique présentent pour LECENE une plus grande malignité sauf s'il n'existe ni ascite, ni greffe péritonéale. Enfin, les cancers primitifs solides ou en partie kystiques qui peuvent être soit libres dans la cavité péritonéale, soit plus ou moins fixés. Parmi ces tumeurs, LECENE distingue le séminome, l'épithélioma pavimenteux, l'épithélioma endodermoïde provenant vraisemblablement de la dégénérescence d'un kyste entéroïde, l'épithélioma végétant papillaire atypique, groupe le plus important puisqu'il comprend environ la moitié des cancers de l'ovaire et qui provient de la dégénérescence des tumeurs végétantes typiques. C'est à ce groupe que LECENE rattache la plupart des cancers atypiques de l'ovaire. Enfin, les cancers de l'ovaire comprenant également des sarcomes et des embryomes malins. LECENE sépare enfin les tumeurs de la granulosa bénignes et malignes dont il fait une classe à part.

D'autres classifications ont été proposées par de nombreux auteurs. Elles sont toutes fondées soit sur l'un, soit sur l'autre de deux principes retenus par MASSON et par LECENE. Il apparaît d'ailleurs qu'aucune de ces deux classifications n'est entièrement satisfaisante.

La classification embryogénique à première vue très séduisante par son principe même fait malheureusement trop souvent appel à des hypothèses organogénétiques qui n'ont pu être prouvées. Elle reste une construction élégante mais assez abstraite.

La classification de LECENE moins ambitieuse repose sur des observations concrètes. Le classement d'après l'évolution bénigne ou maligne qu'elle nous propose est empirique, l'introduction d'un groupe intermédiaire des tumeurs végétantes typiques est évidemment assez artificielle. On remarquera enfin la confusion des termes employés lorsque les différents auteurs envisagent l'origine embryologique des kystes ovariens ; les kystes wolffiens de MASSON correspon-

dent aux kystes entéroïdes de LECENE et les kystes wolffiens de LECENE correspondent aux kystes germinatifs de MASSON.

O
O O

Nous n'essaierons pas de proposer une troisième classification des tumeurs de l'ovaire. Nous n'avons étudié dans ce travail ni les tumeurs solides, ni les kystes dermoïdes. Les groupes qui nous intéressent sont justement ceux qui font l'objet de la confusion d'appellation dont nous venons de parler. Nous n'essaierons pas de trancher au sujet de l'origine germinative, wolffienne ou entéroïde des kystes et tumeurs qui font l'objet de ce travail, il s'agit pour nous de formations dont l'origine est kystique soit simple, soit multiloculaire et dont le revêtement primitif lisse et unistratifié peut se compliquer par l'apparition de végétations papillaires à revêtement d'abord unistratifié puis polystratifié et qui, enfin, à la suite de l'envahissement du chorion de la muqueuse kystique se transforme en épithélioma qui d'abord kystique peut devenir massif.

Le revêtement épithélial de ces kystes appartient à deux types structuraux bien définis, d'une part l'épithélium cylindrocubique parfois cilié non sécrétant des kystes germinatifs de MASSON et de l'autre, l'épithélium formé de cellules caliciformes à mucus des kystes entéroïdes de LECENE.

Quel que soit le type de l'épithélium du kyste primitif la même évolution que celle que nous avons décrite plus haut nous conduira, par l'intermédiaire de formations végétantes papillaires de plus en plus atypiques, vers des cancers dont on pourra souvent déceler l'origine mais qui, au terme de cette évolution vers l'atypie, ne seront plus identifiables.

Si les kystes à paroi simple (séreux ou mucoïdes) sont toujours des formations bénignes, le pronostic des formations intermédiaires végétantes est encore très incertain. C'est l'étude de ce groupe intermédiaire qui doit faire l'objet principal de ce travail.

0

0 0

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ASPECT MACROSCOPIQUE DES TUMEURS VEGETANTES OVARIENNES.-

Nous n'insisterons pas sur le volume de la tumeur qui est tantôt réduit à la taille d'un oeuf ou d'une pomme, ou au contraire particulièrement développé, formant des poches dont le contenu total est parfois très important (8 litres dans l'observation N°49).

L'aspect de la tumeur est également variable, végétations denses groupées en chou-fleur ou nature kystique à contenu liquidien ; l'apparence de ce liquide est des plus diverses : verdâtre, brunâtre, séreux, muqueux, etc...

De même, il peut s'agir de kystes uniloculaires ou multiloculaires, nous en avons déjà parlé et nous n'y reviendrons pas.

Quant aux végétations, exclusivement internes ou à la fois internes et externes, nous en reparlerons au sujet des trouvailles d'intervention, puisque, en général, c'est leur constatation en cours d'intervention qui permet le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire.

O

O O

ETUDE HISTOLOGIQUE - PRINCIPES QUI ONT GUIDE ET CRITERES QUI ONT SERVI A GRADUER LA MALIGNITE.-

L'examen histologique des tumeurs végétantes de l'ovaire se propose de préciser les caractères des formations végétantes, leur plus ou moins grand développement

et d'essayer d'en évaluer la malignité éventuelle. Il convient d'insister sur le fait que la structure de ces kystes et tumeurs est rarement uniforme, l'examen macroscopique permet déjà de s'en assurer et il est évident qu'un examen histologique ne sera valable que si un nombre suffisant de prélèvement a été pratiqué pour que l'on puisse obtenir des images de tous les types de structure représentés dans la pièce opératoire.

L'histologie classique ne permet de diagnostiquer un néoplasme que s'il existe une destruction de l'architecture normale. Ce test nous amène ainsi à classer les tumeurs de l'ovaire en deux groupes : celles dont l'architecture normale est détruite et que l'on pourra seules cataloguer sous le nom d'épithélioma, typique lorsque l'on pourra retrouver une origine glandulaire évidente et atypique lorsque cette différenciation aura été complètement effacée. Les autres tumeurs ont conservé une architecture normale mais il existe évidemment de grandes différences entre des kystes contenant quelques végétations papillaires revêtues par un épithélium simple et régulier et certaines tumeurs très végétantes dont les papilles sont recouvertes par un épithélium irrégulier et polystratifié. Pour les différencier, on envisagera donc l'étude des caractères de cet épithélium simple ou polystratifié et surtout l'étude des cellules qui le composent, nous serons ainsi amenés à rechercher des critères cytologiques du même type que ceux qui servent à définir les épithéliomas "in situ" dont la connaissance, assez récente, a permis d'introduire dans la pathologie une catégorie de lésions intermédiaires entre les lésions à caractères atypiques mais réversibles et les véritables épithéliomas.

L'ensemble des caractères étudiés nous a permis de classer les cas observés en quatre groupes :

Premier groupe : architecture normale très régulière, pas d'anomalies cytologiques.

Deuxième groupe : architecture normale mais légèrement irrégulière, polystratification, anomalies cytologiques (anisocytose, anisonucléose)

Troisième groupe : architecture encore reconnaissable mais disposition totalement irrégulière de l'épithélium dont les cellules sont également très atypiques.

Quatrième groupe : effacement total de l'architecture histologique normale.

D'autres caractères entrent également en ligne de compte et peuvent être absents ou présents dans les différents groupes : la nécrose est un signe généralement considéré comme aggravant le diagnostic. Elle ne s'observe jamais dans le premier groupe et rarement dans le deuxième. Elle peut s'observer ou peut manquer totalement dans les tumeurs du troisième et quatrième groupe.

L'envahissement de la paroi des kystes constitue, lorsqu'il s'agit d'une rupture de la basale avec diffusion d'éléments épithéliaux dans le stroma, le test même de la transformation maligne ; mais on observe souvent dans les tumeurs végétales de l'ovaire l'inclusion dans la paroi de formations glandulaires ou pseudo-glandulaires qui demeurent séparées du stroma par une limitante basale très nette ; il s'agit là d'un phénomène du même type que les greffes péritonéales qui, si elles traduisent une prolifération particulièrement active de l'épithélium, ne permettent toutefois pas de conclure qu'il s'agit d'un épithélioma. Ces images sont fréquentes dans les tumeurs du deuxième et troisième groupe, les formations ainsi incluses dans la paroi pourront d'ailleurs être cytologiquement normales ou atypiques suivant que le revêtement des végétations présentait l'un ou l'autre de ces caractères.

La classification des observations que nous présentons par la suite a été faite en utilisant tous ces critères et doit nous permettre par l'examen des résultats éloignés de juger de la valeur de nos tests et d'établir le degré de malignité des tumeurs du deuxième groupe en comparaison avec les tumeurs sûrement bénignes du premier groupe et les tumeurs sûrement malignes des troisième et quatrième groupes (épithéliomas).

0

0 0

CLASSIFICATION DES OBSERVATIONS.-

Dans le cadre ci-dessus énoncé, nos observations se répartissent de la manière suivante :

Dans le premier groupe entrent 27 observations qui représentent les tumeurs sûrement bénignes à l'examen histologique que nous appellerons tumeurs bénignes sans préjuger de leur évolution. On y trouve 19 kystes végétants papillaires et 8 kystes d'origine mucoïde (ou tumeur végétante entéroïde).

Dans le second groupe entrent 7 observations. Elles représentent des tumeurs végétantes en voie de dégénérescence, potentiellement malignes, que nous appellerons, toujours selon l'histologie, tumeurs en voie de dégénérescence et qui se répartissent en 5 tumeurs végétantes papillaires et 2 tumeurs végétantes d'origine mucoïde.

Les 3ème et 4ème groupes, du fait de leurs analogies histologiques, seront étudiés simultanément : ils groupent les épithéliomas typiques ou atypiques que nous appellerons tumeurs malignes pour simplifier la terminologie, étant bien entendu que cette définition est basée exclusivement sur l'histologie et que des cas de ce genre ont pu présenter une évolution paradoxalement favorable. On y trouve 15 tumeurs qui se répartissent en 14 tumeurs végétantes papillaires et 1 tumeur d'origine mucoïde.

0

0 0

Nos observations placées en additif à la fin de cette étude étant classées dans un ordre indéterminé, voici la manière dont elles se répartissent dans chacun des groupes établis :

- Premier groupe : tumeurs bénignes :

Nos 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 -
15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 -
26 - 27 - 28.

- Second groupe : tumeurs en voie de dégénérescence :

Nos 1 - 42 - 43 - 44 - 47 - 48 - 49.

- Troisième et quatrième groupe : tumeurs malignes :

Nos 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 -
40 - 41 - 45 - 46.

0

0 0

PLAN SUIVI POUR CE TRAVAIL.-

Nous allons étudier successivement l'étiologie, la symptomatologie, les découvertes opératoires, la thérapeutique instituée, l'évolution avec un recul d'années suffisant ; puis, nous reprendrons, en fonction de cette évolution, les éléments du pronostic.

CRITERE DE GUERISON.-

Le critère de guérison adopté est le délai habituellement admis de 5 années. Tout décès avant l'expiration de ce délai, même causé par une affection intercurrente, est considéré comme une évolution défavorable.

Cependant, pour les malades observées plus de 5 années, nous les avons considérées comme guéries si elles étaient décédées d'affection intercurrente ; mais si leur mort était le fait d'une récurrence de la tumeur ovarienne nous avons porté leur décès au passif de l'affection.

0

0 0

CHAPITRE II

L'ETIOLOGIE

L'AGE.-

Tous les âges de la vie sont atteints : les deux âges extrêmes de nos observations sont 15 et 75 ans.

Mais la fréquence selon l'âge est variable, nous le verrons tout à l'heure.

L'âge moyen de découverte de ces tumeurs comprend l'étude, d'une part, de l'âge moyen général qui se situe entre 46 et 47 ans et, d'autre part, de l'âge moyen selon la nature de la tumeur, ce qui nous montre :

- tumeurs histologiquement bénignes : entre 45 et 46 ans
- " " malignes : " 46 et 47 ans
chiffres très voisins ne méritant pas une distinction spéciale, et en particulier ne permettant pas de préjuger de la nature de la tumeur.

- tumeurs en voie de dégénérescence : entre 52 et 53 ans.
Ces formes semblent donc apparaître chez des femmes nettement plus âgées et qui ont dépassé l'âge de la ménopause. Nous reprendrons cette étude plus loin.

LA FREQUENCE SELON L'AGE.-

Un tableau est dressé comprenant dans la colonne N°1 les âges groupés de 5 en 5 ans ; dans la colonne N°2 le nombre de cas à un âge déterminé.

Nous constatons que la fréquence, d'abord faible, augmente régulièrement et assez rapidement avec l'âge jusqu'à l'âge moyen de la vie.

Puis, à partir de 40 ans, une diminution assez nette, presque du simple au double, apparaît dans nos chiffres.

Vers 60 ans, recrudescence du nombre des T.V., plus du tiers de nos observations sont comprises entre 55 et 64 ans.

Puis, chute brusque : un cas à 70 ans, un autre à 75 ans.

T A B L E A U N°I

=====

Ages	Nombre de cas	Cas mortels	%
15 à 19 ans	1	0	0
20 à 24 "	0	0	0
25 à 29 "	4	0	0
30 à 34 "	4	1	25 %
35 à 39 "	7	1	14 %
40 à 44 "	8	2	25 %
45 à 49 "	5	1	20 %
50 à 54 "	4	4	100 %
55 à 59 "	8	5	60 %
60 à 64 "	6	1	17 %
65 à 69 "	0	0	0
70 à 74 "	1	0	0
75 à 79 "	1	0	0

0

0 0

ANTECEDENTS.-

Etat physiologique : La tumeur apparaît chez des femmes encore réglées dans 27 observations, soit près de la moitié des cas. Il s'agit 17 fois de cas bénins, 7 fois de cas malins, 3 fois de cas en voie de dégénérescence.

Une fois la tumeur est découverte et opérée chez une femme enceinte (N°17) ; la grossesse continue.

Les malades sont ménopausées dans 22 cas qui se répartissent en 9 bénins, 8 malins, 5 en voie de dégénérescence.

On remarque d'emblée une nette augmentation du nombre des cas malins ou en voie de dégénérescence chez les femmes ménopausées.

Nous reprendrons cette étude de la ménopause et de la gravité des T.V. au chapitre "Pronostic".

Antécédents obstétricaux :

Il ne semble pas que l'on puisse tirer un enseignement particulier de l'étude des antécédents obstétricaux de nos malades.

Les résultats sont donnés dans le tableau suivant :

T A B L E A U N°2
=====

Nombre d'accouchements	Total	Bénins	malins	En voie de dégénérescence
0	17	14	2	1
1	8	5	2	1
2	5	1	3	1
3	5	2	3	0
4	4	3	0	1
5	1	0	1	0
6	1	0	0	1
7	1	0	0	1
8	1	1	0	0
9	1	1	0	0

D'ailleurs Schuster, d'une étude semblable, concluait "la multiparité ou la nulliparité ne paraissaient jouer aucun rôle dans le développement et le pronostic des tumeurs végétantes".

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES.-

1) Trois observations présentent des antécédents de kystes de l'ovaire :

- cas N°5 : kyste papillaire de l'ovaire droit survenu 30 ans auparavant (il s'agissait de végétations exclusivement endokystiques). L'ovaire gauche paraissait normal. 30 ans plus tard, on découvre un kyste de l'ovaire gauche, libre, avec quelques végétations exokystiques et histologiquement bénin. L'évolution est favorable.
- cas N°30 : opérée d'un kyste multiloculaire bénin très volumineux provenant de l'ovaire gauche ; au cours de cette intervention on note un ovaire droit deux fois plus gros que la normale et présentant plusieurs kystes ; cet ovaire est respecté chez cette femme de 28 ans. Un an après, la malade est réopérée et on découvre une tumeur de l'ovaire droit qui se révèle être une tumeur végétante papillaire histologiquement maligne. Décès rapide.
- N°39 : opérée d'un kyste de l'ovaire 20 ans auparavant (sans autres précisions). La nouvelle intervention révèle un épithélioma cylindrique végétant papillaire typique. Décès rapide.

- 2) Une salpingectomie pour pyosalpinx et tuberculose péritonéale (N°45).
- 3) Deux hystérectomies : l'une pour cancer de l'utérus survenu 22 ans auparavant (N°14) et l'autre pour myome (N°45).
- 4) Une hémorragie de la ménopause traitée par irradiation (N°37 malin).
- 5) Deux cas d'affections mammaires : un nodule bénin (N°48) une mammite kystique avec amputation du sein (N°43).
- 6) Un prolapsus (N°11).
- 7) Une tumeur non précisée (N°25), un iléus (N°14), une cholcystectomie (N°46).

8) Enfin une certaine fréquence des goîtres, fréquence sans doute non anormale si l'on se rappelle la région d'où proviennent ces observations. (Il s'agit des cas Nos 1 - 4 - 24 - 28 - 48).

Il semble donc que, en dehors des antécédents de tumeur de l'ovaire sur lesquels nous reviendrons quand nous envisagerons la bilatéralisation, il n'y ait aucun enseignement à tirer de cette énumération.

On pourrait même ajouter que cette liste est très mince et peu étendue, surtout lorsque l'on se rappelle que l'âge moyen des malades étudiées est relativement élevé (entre 46 et 47 ans).

Et nous pouvons conclure que, hormis sans doute les cas de kystes de l'ovaire simple ou papillaire et sans doute aussi les deux cas de T.V. survenant sur ovaire restant après hystérectomie, les antécédents gynécologiques n'ont aucune incidence sur l'apparition des T.V. et qu'en particulier il ne semble y avoir aucune relation entre l'apparition de ces tumeurs et un état antérieur inflammatoire quelconque.

ANTECEDENTS FAMILIAUX.-

Rien à signaler de particulier, si ce n'est une famille à antécédents cancéreux particulièrement lourds (N°11).

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

SYMPTOMATOLOGIE.-

C'est à juste titre que les signes cliniques sont dédaignés par la plupart des auteurs : MATHIEU leur donne un "intérêt rétrospectif assez faible", et ils ne sont pas retenus par LEBRET.

Mais il n'en reste pas moins qu'ils existent ; quels sont-ils ? Nous allons essayer de les résumer en un tableau :

	: Cas : bénins	: Cas : malins	: Cas en voie de : dégénérescence
AMAIGRISSEMENT	: 6	: 4	: 1
DOULEURS	: 14	: 9	: 3
TROUBLES URINAIRES ET RECTAUX	: 6	: 5	: 3
AUGMENTATION DE VOLUME DE L'ABDOMEN	: 12	: 6	: 4
METRORRAGIES	: 1	: 3	: 3
ASCITE (perçue clini- quement)	: 0	: 2	: 0

Cette étude nous conduit à rechercher les circonstances de découverte de la tumeur végétante.

0

0 0

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DE LA TUMEUR VEGETANTE.-

Ces circonstances de découverte peuvent se ranger en trois groupes.

Tantôt la tumeur est découverte à cause des signes cliniques qu'elle entraîne : ce sont les éléments du tableau clinique dressé ci-dessus, que l'on retrouve dans 22 cas histologiquement bénins, 13 cas malins et 7 cas en voie de dégénérescence.

Tantôt la symptomatologie est atypique et a entraîné une erreur de diagnostic : une fois le diagnostic d'annexite a été porté (N°8), deux fois celui d'appendicite (N°7 et N°41), une fois celui de grossesse extra-utérine (N°40). C'est en cours d'intervention qu'il a été modifié.

Tantôt la tumeur est découverte fortuitement : cette éventualité s'est présentée trois fois : à l'occasion d'une consultation pour stérilité (N°3), pour leucorrhée (N°18), pour prolapsus (N°28). Il s'agit dans les trois cas de formes bénignes à évolution favorable.

Ce dernier point est à souligner car il montre l'intérêt du diagnostic précoce des tumeurs végétantes. C'est donc pendant cette phase de latence que des examens systématiques doivent permettre de faire le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire.

O

O O

Parmi les symptômes, certains méritent une étude spéciale : ce sont essentiellement les métrorragies et l'ascite.

O

O O

LES METRORRAGIES sont présentes dans 7 cas (Nos I - 25 - 32 - 36 - 44 - 46 - 48). Trois fois ces métrorragies sont apparues chez des femmes ménopausées (Nos 36 - 44 - 46) ; nous n'insisterons pas sur l'importance séméiologique évidente d'un tel symptôme.

Cette étude des métrorragies sera reprise à l'occasion de celle des métastases endométriales des tumeurs végétantes.

O

O O

L'ASCITE.-

La présence d'ascite est "banale" (MATHIEU) au cours des T.V. : elle est le témoin de la dissémination péritonéale (LECENE) ; en effet, elle a été trouvée 14 fois dans nos observations. Mais elle était peu abondante et il s'agissait dans 12 cas de trouvaille d'intervention non décelable cliniquement.

Dans deux observations seulement, l'ascite était au 1er plan, posant les problèmes sémiologiques qu'il est habituel de souligner : en effet, 2 fois le problème diagnostique de cette ascite s'est présenté plus ou moins selon le schéma classique :

- cas N°31 : présence d'une ascite très importante rendant tout examen clinique impossible ; intervention exploratrice révélant une tumeur inextirpable ; prélèvement biopsique ; le laboratoire répond : tumeur végétante papillaire dégénérée.
- cas N°39 : ascite importante ; au toucher vaginal, notion de masse annexielle ; à l'intervention, tumeur inextirpable dont on ne peut préciser la nature ; prélèvement pour le laboratoire : épithélioma papillaire.

Ainsi, l'ascite peut être le signe révélateur et peut poser de difficiles problèmes d'étiologie. Il est certain que les données de l'examen gynécologique peuvent orienter le diagnostic. Ce n'est que l'examen anatomo-pathologique de la pièce qui permet de faire le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire.

LA NATURE DE L'ASCITE.-

Il s'est agi 13 fois de liquide séreux et 1 fois de liquide hémorragique (cas N°8 histologiquement bénin et d'évolution favorable).

LECENE veut donner à l'aspect et aux caractères chimiques de l'ascite prélevée par ponction une valeur diagnostique étiologique en faveur d'une T.V. de l'ovaire

quand il déclare que l'ascite, "dans les kystes végétants n'est jamais sanglante, ce qui la différentie des ascites cancéreuses" ; "elle est un peu filante et onctueuse, moins fluide que l'ascite tuberculeuse".

De ces caractères de l'ascite, seul l'aspect hémorragique ou non est signalé dans nos observations ; les autres données sont absentes et non vérifiables.

Nous reprendrons plus loin les incidences de cette ascite et de sa nature sur le pronostic.

0

0 0

C H A P I T R E I V

DECOUVERTES OPERATOIRES

L'UNI- OU LA BILATERALITE DES LESIONS

Nos observations montrent qu'il s'agit 27 fois de tumeurs unilatérales et 20 fois de tumeurs bilatérales simultanées.

Ces faits concordent avec les données classiques qui estiment que les T.V. sont bilatérales dans la moitié des cas (LAFFON et PETIT).

En cas d'atteinte unilatérale, nous avons trouvé qu'il s'agissait plus souvent de tumeur gauche (16 fois) que de droite (10 fois).

La mortalité, en cas d'atteinte unilatérale, a été de 14 % (4 cas mortels sur 27). Le chiffre trouvé par LEBRET est voisin : 17 %.

Par contre, la bilatéralité est considérée par tous comme un signe de malignité : la mortalité passe à 50 % (10 cas mortels sur 20). Le chiffre donné par LEBRET est aussi de 50 %;

Faisons la comparaison entre les 2 formes dans le tableau suivant :

I°/ ATTEINTE UNILATERALE :

1)	forme bénigne.....	17 cas dont 0 mortel
2)	" maligne.....	7 " " 4 "
3)	" en voie de dégénérescence	3 " " 0 "

TOTAL : 27 cas dont 4 cas mortels, soit une mortalité de 14 %.

II°/ ATTEINTE BILATERALE :

- 1) forme lénigne 8 cas dont 0 mortel
- 2) " maligne 8 cas dont 7 mortels
- 3) " en voie de dégénérescence 4 cas dont 3 mortels

TOTAL : 20 cas dont 10 mortels, soit une mortalité de 50 %.

On voit donc que la différence de gravité des deux formes est des plus nette : mortalité de 14 % pour les formes unilatérales et de 50 % en cas d'atteinte bilatérale.

Mais cette différence est surtout sensible pour les formes malignes et les formes en voie de dégénérescence : dans cette dernière catégorie, aucun cas mortel sur 3 cas avec atteinte unilatérale contre 3 décès sur les 4 cas présentant une atteinte bilatérale.

0

0 0

VEGETATIONS EXTERNES ET VEGETATIONS INTERNES

Selon cette distinction, nous avons divisé nos observations en deux groupes :

1er groupe : TUMEURS A VEGETATIONS INTERNES.-

- a) cas bénins..... 23 cas sans aucun décès
- b) cas malins..... 6 cas dont 2 mortels
- c) cas en voie de dégénérescence 6 cas dont 3 mortels

TOTAL : 35 cas dont 5 mortels, soit une mortalité de 14 %.

2ème groupe : TUMEURS A VEGETATIONS EXTERNES

- a) cas bénins..... 4 cas dont 0 mortel
- b) cas malins..... 7 cas dont 7 mortels
- c) cas en voie de dégénérescence.. 1 cas dont 0 mortel

TOTAL : 12 cas dont 7 mortels, soit une mortalité de 29 %.

Certes, le taux général de mortalité est très élevé dans les formes présentant des végétations externes (29 %) ; mais il ne peut être considéré comme négligeable dans les formes à végétations internes : la limitation n'est pas un facteur de bénignité absolu.

Cette notion de la relative bénignité des lésions limitées a été mise en évidence par MATHIEU ; par contre LEBRET a rapporté des résultats différents : une série de 11 cas avec végétations exokystiques sans aucun décès contre une série de 9 cas de végétations endokystiques avec un décès par récurrence.

Enfin, on a voulu donner à l'importance des végétations un caractère péjoratif ; il semble qu'elle soit sans incidence notable sur le pronostic, bien que nous ne puissions en faire une étude systématique, ces comparaisons étant trop difficile à établir avec certitude.

O

O O

TUMEUR LIBRE ET TUMEUR ADHERENTE

Il est important de distinguer parmi les tumeurs végétantes celles qui sont libres de celles qui sont adhérentes : ce dernier caractère est, en effet, un élément indiscutable de gravité. Par exemple, à ce sujet, LEBRET donne les chiffres suivants (pour une série de 15 tumeurs à végétations endokystiques) : tumeur libre, mortalité 25 % ; tumeur adhérente, mortalité 70 %.

Nos chiffres sont différents, mais il y persiste nettement la notion de gravité des tumeurs adhérentes :

I°/ TUMEURS LIBRES.-

a)	histologiquement bénignes....	16 cas dont 0 mortel
b)	" malignes....	1 " " 1 "
c)	" en voie de dégénérescence	2 " " 0 "

TOTAL : 19 cas dont 1 mortel, soit une mortalité de 5 %.

2°/ TUMEURS ADHERENTES.-

a)	histologiquement bénignes....	12	cas	dont	0	mortel
b)	"		malignes....	14	"	" 11 "
c)	" en voie de dégénérescence	5	"	"	3	"

TOTAL : 31 cas dont 14 mortels, soit une mortalité de 45 %.

La différence est donc très importante : 5 % de mortalité pour les tumeurs libres contre 45 % pour le groupe des tumeurs adhérentes. Mais il faut bien souligner que le premier groupe comprend des formes tout à fait mineures bénignes en grande partie (17 cas sur 19), alors que le second groupe représente dans plus de la moitié des cas (19 sur 31) des formes malignes ou en voie de dégénérescence.

0

0 0

LE PROBLEME DE L'EXTENSION DES T.V.

(Extension locale ; greffes ; métastases)

Le problème de l'extension locale des T.V. vient d'être étudié en partie à propos de la différence entre les tumeurs libres et les tumeurs adhérentes ; il nous reste à étudier les problèmes soulevés par la présence de greffes et de métastases. D'ailleurs, c'est l'existence de ces greffes, par la tendance évolutive inquiétante qui les caractérise, qui isole les T.V. des autres tumeurs ovariennes.

Selon LECENE, il y a lieu de différencier greffes et métastases, et l'auteur en donne la description suivante : "nulle part elle ne creuse en profondeur ni n'infiltré les tissus ; c'est bien une greffe qui s'est faite par voie péritonéale et non une métastase lymphatique ou sanguine, le pronostic n'en est pas mauvais."

Bien que, dans nos observations, ces trouvailles d'intervention soient en général appelées métastase

nodule ou noyau, nous pensons, du fait de leur topographie essentiellement péritonéale, qu'il s'agit en réalité, dans la plus grande partie des cas, de greffes..

De même pour les métastases endométriales, nous pensons qu'il s'agit de greffes effectuées dans l'endomètre après passage tubaire. D'ailleurs cette hypothèse est vérifiable histologiquement comme dans le cas N°32, par exemple.

Ces greffes s'opposent ainsi aux métastases qui nous semblent n'avoir jamais été cliniquement patentes, mais qui sont du type de celles découvertes à l'autopsie de femmes mortes de leur T.V. (par exemple, le cas N°36 avec métastases hépatiques spléniques et pulmonaires.)

Cette distinction est importante pour le pronostic.

Il faut comparer l'évolution des tumeurs présentant des greffes avec celle des tumeurs n'en présentant pas (cette distinction étant sans intérêt pour les cas bénins puisque leur évolution a toujours été favorable) :

I°/ PRESENCE DE GREFFES.-

a) cas malins.....	7 cas dont 6 mortels
b) cas en voie de dégénérescence	2 cas tous mortels
<u>TOTAL.....</u>	<u>9 cas dont 8 mortels</u>

II°/ ABSENCE DE GREFFES.-

a) cas malins.....	8 cas dont 5 mortels
b) cas en voie de dégénérescence	5 cas dont 1 mortel
<u>TOTAL.....</u>	<u>13 cas dont 6 mortels</u>

La différence de gravité est manifeste : la présence de greffes est un élément défavorable traduisant la tendance extensive de la tumeur que vérifie presque toujours l'évolution.

Voici la liste des points de localisation des greffes :

- Trompe : N°36
- Endomètre : Nos 32 - 36 - 40
- Péritoine : Nos 2 - 25 - 30 - 31 - 32 - 33 - 35 - 48.
- Epiploon : N°35
- Cul de sac vésico-utérin : N°2
- Cul de sac de Douglas : Nos 25 - 33.

0

0 0

TECHNIQUE OPERATOIRE VIS A VIS DES GREFFES

Dans certains cas, on a réalisé l'ablation des greffes, dans d'autres cas, on les a laissées en place :

I°/ GREFFES EXCISEES.-

- 1) cas bénins..... 0
- 2) cas malins..... 2 dont un mortel
- 3) cas en voie de dégénérescence I d'évolution mortelle

II°/ GREFFES LAISSEES EN PLACE.-

- 1) cas bénins..... 3 avec 3 guérisons
- 2) cas malins..... 5 tous mortels
- 3) cas en voie de dégénérescence I d'évolution mortelle

Que penser de ces chiffres ? Ils semblent comporter une certaine discordance :

Dans le cas de greffes excisées, une guérison d'un cas malin a été obtenue ; en aurait-il été de même si les greffes avaient été laissées en place ? On tend à penser qu'il y a intérêt à faire l'ablation des greffes toutes les fois que cela est possible.

Mais, par contre, dans l'autre groupe, on note trois guérisons de tumeurs bénignes, soulignons-le, qui ont guéri alors que les greffes avaient été laissées en place ; et l'on retrouve ici cette notion classique de la régression des greffes après ablation de la tumeur principale. Il s'agit des cas suivants :

1) Observation N°2 : A l'intervention, on note un peu d'ascite, l'utérus est libre à gauche de la tumeur. Petit kyste de l'ovaire gauche. La tumeur perçue vient du côté droit, elle a le volume d'une tête de fœtus et est adhérente par place. A son bord supérieur, végétations en chou-fleur qui ont traversé la paroi de la tumeur. Il existe une métastase de la grandeur d'une pièce de 5 francs dans le cul de sac vésico-utérin et une deuxième sur le péritoine pariétal, d'autres métastases sont diffuses sur le péritoine pariétal si bien qu'une opération radicale n'a que peu de chances de succès. A cause de la situation anatomique favorable, la tumeur qui est une "très belle préparation" est réséquée. 8 ans plus tard, nouvelle intervention pour tumeur abdominale qui montre un utérus petit avec un myome de la taille d'une petite cerise. La tumeur est libre, lisse, elle est ponctionnée et on évacue successivement ses trois poches. Extériorisation, il s'agit d'une tumeur de l'ovaire gauche, le pédicule est lié et sectionné ; péritonisation. L'utérus est libre et normal. Il faut souligner que la seconde intervention ne parle pas de ces "métastases diffuses sur le péritoine" qui avaient été observées lors de la première intervention.

2) Observation N°8 : Intervention avec le diagnostic d'annexite. On tombe sur de nombreuses adhérences et sur une ascite sanglante et une quantité de tumeurs papillaires. Noyaux épiploïques. Toute l'entrée du bassin est occupée par ces masses. Du côté gauche, on trouve une tumeur du volume d'un oeuf d'oie. L'utérus est irrégulier, bosselé, on ne peut songer à une ablation des masses tumorales. On résectionne une partie de l'épiploon. Les tumeurs papillaires kystiques des 2 côtés sont adhérentes sur la ligne médiane. Elles contractent de telles adhérences dans le bassin qu'on ne peut songer à les enlever. On se contente de prélever quelques masses tumorales. Les ganglions para-aortiques paraissent

libres, le péritoine du sigmoïde ne montre aucune tumeur certaine, mais des petites plaques irrégulières que l'on retrouve sur le grêle.

Cette malade a été revue cliniquement guérie 7 ans plus tard, et était toujours bien portante 13 ans après l'intervention, qui a été complétée par la radiothérapie.

3) Observation N°25 : est de moindre intérêt.

En conclusion, si la possibilité de régression des greffes après ablation de la tumeur principale apparaît comme réelle, il semble que ce qui domine l'évolution soit avant tout la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

O

O O

Parmi ces métastases et greffes, 2 méritent une étude particulière : ce sont d'une part les métastases ou plutôt greffes endométriales, qui posent le problème de leur relation avec les métrorragies des femmes porteuses de T.V. et, d'autre part, les greffes péritoneales.

METASTASES ENDOMETRIALES ET METRORRAGIES.

Rappelons que ces métastases sont en général plutôt des greffes endométriales après passage tubaire.

Nous en relevons 3 cas alors que 7 de nos malades ont présenté des métrorragies ; il s'agit dans ce premier groupe des 3 cas suivants :

- cas N°32 : femme de 49 ans qui présente une hémorragie ininterrompue depuis 14 jours ; à l'intervention, tumeur adhérente englobant l'utérus ; ablation de l'annexe gauche et hystérectomie supra-vaginale ; à l'examen histologique : "épithélioma végétant papillaire atypique, en partie nécrosé et secondairement infecté, mais avec greffe néoplasique au niveau de l'endomètre". Evolution favorable.

- cas N°36 : femme âgée de 60 ans ; petites pertes sanglantes depuis six mois ; en raison des métrorragies, on décide une hystérectomie sub-totale, mais en coupant le col, écoulement de tissu cancéreux ; on pratique l'hystérectomie totale et ablation de l'annexe gauche exclusivement. il s'agit d'un épithélioma végétant papillaire typique. Décès rapide.

- cas N°40 : femme de 38 ans : absence de métrorragie au moment de l'intervention et apparition secondaire de celles-ci ; castration sans hystérectomie ; il s'agit d'une forme maligne ; 2 ans plus tard hémorragies entraînant curetage et hystérectomie totale ; décès 5 ans plus tard.

Quant aux 7 observations ayant présenté des métrorragies, il s'agit des cas suivants :

- cas N°I : femme de 44 ans : métrorragies ; ablation d'une annexe seulement et conservation de l'utérus. Forme en voie de dégénérescence ; évolution favorable.

- cas N°25 : femme de 36 ans ; ménorragies ; castration bilatérale et hystérectomie ; forme bénigne ; évolution favorable.

- cas N°32 : c.f. au-dessus

- cas N°36 : " "

- cas N°44 : femme de 62 ans ; métrorragies ; ablation de la tumeur ; hystérectomie ; forme en voie de dégénérescence d'évolution favorable.

- cas N°46 : femme de 62 ans ; hémorragies ; ablation de la tumeur, conservation de l'utérus ; forme histologiquement maligne ; évolution favorable.

- cas N°48 : femme de 54 ans ; hémorragies depuis une quinzaine de jours ; hystérectomie sub-totale et résection du 1/3 de la tumeur ; histologiquement forme en voie de dégénérescence ; morte de cancer de l'ovaire.

Il se pose donc un problème diagnostique, thérapeutique et pronostique :

1) Le problème diagnostique paraît bien difficile à résoudre par la clinique, et il semble que seul l'examen histologique puisse le trancher. Sur 7 femmes présentant des métrorragies, on a pratiqué 5 hystérectomies et dans les deux autres cas on a conservé l'utérus. Les examens histologiques consécutifs à l'intervention ont montré :

- 2 fois seulement une métastase endométriale (cas N°32 et 36).
- 1 fois un myome (N°48)
- 1 fois une endométriose utérine (N°44)
- 1 fois, l'état de l'utérus n'est pas précisé ; l'hystérectomie avait été faite pour faciliter la péritonisation.

L'évolution de chacun de ces cas a été indiquée plus haut.

On voit donc que l'existence de métrorragies n'est pas liée obligatoirement à la présence de greffes endométriales et que, en dehors de l'examen histologique, il est bien difficile d'expliquer le mécanisme de ces hémorragies.

2) Le problème thérapeutique. Si de nombreux auteurs préconisent d'une manière générale l'hystérectomie totale systématique lors de la cure chirurgicale des T.V. de l'ovaire, il semble que celle-ci soit encore plus indiquée chez toute malade ayant présenté des métrorragies récentes. Cette conduite a été suivie dans les 5 cas cités plus haut, dont nous rappelons les évolutions :

- cas histologiquement bénin : N°25 : évolution favorable
- cas histologiquement malins: N°32 : évolution favorable
- N°36 : " défavorable
- cas en voie de dégénérescence N°44: " favorable
- N°48: " défavorable

Par contre, dans les 2 cas où l'utérus a été conservé malgré les métrorragies, l'évolution a été favorable.

3) Le pronostic semble en définitive assez simple et lié à la nature bénigne ou maligne de la tumeur formulée à l'examen histologique ; la présence de métastases endométriales n'apparaît pas comme un facteur d'aggravation. Cette notion est d'ailleurs nettement exprimée par certains (LEBRET).

En conclusion, l'existence de métrorragie est une indication supplémentaire à l'hystérectomie. Et la découverte d'une greffe endométriale à l'examen de la pièce ne représente pas un élément d'aggravation déterminant.

O

O O

LES GREFFES PERITONEALES.-

Ces greffes péritonéales, nous l'avons vu, existent dans 7 cas se répartissant en :

- cas bénins : 2 d'évolution favorable
- cas malins : 4 avec 3 décès
- cas en voie de dégénérescence : 1 d'évolution défavorable

TOTAL..... : 7 cas avec 4 décès.

Ces greffes représentant donc un facteur d'aggravation manifeste.

Certains ont voulu faire une distinction justifiée entre les greffes péritonéales superficielles et les greffes déjà pénétrées en profondeur (LEBRET).

De même, il y aurait lieu d'envisager l'importance de ces greffes : opposer les formes avec greffes petites, éparses, d'assez bon pronostic, aux envahissements massifs, nettement plus graves.

Bien que de telles distinctions semblent absolument fondées, il ne nous est pas possible d'en faire une étude comparative, car elles n'apparaissent pas d'une manière assez nette dans nos observations.

Enfin, signalons un point de grand intérêt pour le pronostic, sur lequel LEBRET a aussi longuement insisté : c'est l'avantage qu'il y a à pratiquer la péritonisation la plus soignée possible toutes les fois qu'elle est techniquement réalisable. Dans nos observations, elle semble avoir été pratiquée le plus scrupuleusement possible (comme dans le cas N°25 par exemple où l'hystérectomie a été réalisée pour faciliter la péritonisation) et l'évolution paraît en avoir largement bénéficié.

O

O O

CHAPITRE V

LE TRAITEMENT

Il est double, comprenant l'acte chirurgical de rigueur et la radiothérapie facultative.

D'emblée, il faut signaler ce qui nous semble être l'originalité du petit groupe d'observations que nous présentons : c'est la tendance nettement conservatrice qui, en général, dirige l'intervention chirurgicale.

LA CHIRURGIE

La plupart des auteurs conseille d'associer systématiquement l'hystérectomie totale à la castration bilatérale.

- Pour DIEULANGARD, si à une tumeur sans ascite et à végétations uniquement intrakystiques peut suffire une simple ablation, en cas de végétations extrakystiques ou d'ascite, il faut réaliser une cure chirurgicale nettement plus large.
- selon LECENE, même en cas de kyste unilatéral à surface lisse et à végétations endokystiques, "il vaut mieux, en principe, faire la castration bilatérale, car l'autre ovaire est habituellement atteint".
- pour MATHIEU, les indications chirurgicales doivent être poussées à l'extrême et l'intervention idéale est l'hystérectomie totale avec castration bilatérale et exérèse très complète.

- LEBRET pose les mêmes principes, en insistant sur l'intérêt de leur précocité et sur celui que peuvent présenter des opérations mêmes incomplètes. Il souligne, en cas d'atteinte unilatérale, la nécessité d'une ovariectomie bilatérale.
- pour SCHUSTER, il faut réaliser d'emblée l'hystérectomie qui facilite largement l'ablation de la tumeur, et supprimer les deux ovaires étant donné la facilité de bilatéralisation de ces tumeurs.
- avec les auteurs américains J.D. WOODRUFF et E.R. NOVAK, dans un travail très récent, nous pouvons conclure que la "thérapeutique admise et considérée comme un minimum par tous n'est autre que la castration bilatérale avec au moins hystérectomie sub-totale".

Quelles ont été les techniques mises en oeuvre dans nos observations ?

Il s'agit, répétons-le, d'une chirurgie très conservatrice, à minima ; chaque fois on a cherché seulement à s'adapter à l'importance des lésions, sans plus, et sans jamais être systématique. Cette attitude conservatrice s'explique par le fait qu'il s'agit dans bien des cas de végétations très minimes et que, quelques fois, la nature végétante de la tumeur n'a été révélée qu'à l'examen anato-mo-pathologique.

C'est ainsi que nous notons :

I°/ CASTRATION UNILATERALE (OU ABLATION SIMPLE DE LA TUMEUR)
cas bénins :

- N°2 - évolution : bilatéralisation 8 ans plus tard.
- N°3 - " " : rien à signaler ; vivante.
- N°5 - (antécédants de kyste papillaire) décédée
6 ans après d'une affection intercurrente.
- N°7 - Vivante.

N°9 - morte 18 ans plus tard de cancer de l'estomac.
N°10 - morte 8 ans plus tard d'affection intercurrente.
Nos 11 et 14 : vivantes.
N°15 - morte au bout de 7 ans d'affection intercurrente.
Nos 19 - 20 - 22 - 23 - 24 - 26 - 27 et 28 : vivantes.

Cas malins :

N°29 - vivante au bout de 11 ans.
N°30 - il s'agissait d'une bilatéralisation. Décédée.
N°32 - vivante.
N°34 - morte au bout de 3 ans 1/2 d'affection non
cancéreuse.
N°36 - morte au bout de 2 ans.
N°41 - vivante.
N°46 - morte au bout de 8 ans d'affection non cancé-
reuse.

Cas en voie de dégénérescence :

N° 1 - bilatéralisation 11 ans plus tard. Vivante
2 ans plus tard.
Nos 42 - 44 et 47 - vivantes.

2°/ CASTRATION BILATERALE

a) du fait d'une lésion bilatérale :

- cas bénins :

N°4 - morte d'affection intercurrente au bout
de 13 ans.

Nos 6 - 12 - 13 - 21 - 25 - vivantes.

- cas malins :

N°33 - morte de cancer ovarien au bout de 1 an

N°35 - " " " " 7 ans

N°40 - " " "

- cas en voie de dégénérescence :

N°43 - morte de cancer ovarien au bout de 1 an 1/2

b) systématique :

- cas malin :

N°37 - morte de cancer ovarien.

3°/ CHIRURGIE CONSERVATRICE A L'EXTREME

a) conservation d'un ovaire et d'un fragment du côté malade :

N° I6 et N° I7 (enceinte) - vivantes.

b) castration bilatérale avec conservation d'un fragment d'ovaire :

N° I8 - vivante.

4°/ ABLATION INCOMPLETE DE LA TUMEUR

- cas bénin : N° 8 - vivante.

- cas malins : Nos 39 et 45 - décédées.

- cas en voie de dégénérescence :

N° 48 - décédée de cancer de l'ovaire.

N° 49 - décédée au bout de 2 ans d'affection inter-courante.

5°/ INOOPERABLES

- cas malins : Nos 3I et 38 - décédées.

HYSTERECTOMIE.-

I°/ Indications

a) systématique : aucune intervention.

b) indiquée par :

- métrorragies : N°36 - morte au bout de 2 ans de cancer de l'ovaire.

- adhérences de la tumeur à l'utérus : N°32 vivante.

- adhérences et métastases : N°48 - décédée.

- présence d'un myome : N°27 - vivante.

- du fait d'adhérences au fond du petit bassin, le ligament large et le ligament tubo-ovarien :

N°37 - décédée. N°9 - vivante.

- pour faciliter la péritonisation : N°25 - vivante.

c) secondaire :

- pour métrorragies : N°40 - décédée.

II°/ Technique

a) sub-totale :

Nos 25 - 27 et 32 - vivantes

Nos 37 et 48 - décédées.

b) totale :

N° 9 - morte d'affection intercurrente au bout
de 18 ans

N°36 - (en coupant le col, issue de tissu cancéreux)
morte de cancer ovarien.

0

0 0

DISCUSSION.-

I°/ De la castration bilatérale systématique préconisée par certains

Les partisans de cette technique avancent la grande fréquence du développement d'une tumeur dans l'autre ovaire en apparence sain.

Cette attitude systématique n'a été tenue qu'une seule fois : cas N°37 forme maligne avec décès rapide.

Au contraire, dans 28 cas, on a réalisé exclusivement une castration unilatérale et l'étude de l'évolution de ces cas montre :

- d'une part 4 bilatéralisations qui plaident en faveur de la castration bilatérale classique. Il s'agit des cas Nos 2 et 5 bénins, N°1 en voie de dégénérescence, tous d'évolution favorable et du N°30, cas malin, d'évolution défavorable dans les circonstances suivantes : la première intervention avait révélé à gauche un kyste histologiquement bénin dont on a pratiqué l'ablation et à droite un ovaire présentant plusieurs petits kystes ; cet ovaire est respecté chez cette femme de 28 ans ; un an après on constate une tumeur de l'ovaire droit : il s'agit d'une tumeur végétante papillaire maligne.

Ce dernier cas nous montre qu'en présence d'une anomalie du second ovaire, telle qu'une augmentation de volume ou une consistance atypique, il faut pratiquer au moins l'incision de cet ovaire et un prélèvement biopsique dont les résultats pourraient être une indication à une réintervention rapide, la castration bilatérale restant cependant l'intervention de sécurité.

- d'autre part, 24 fois la fonction est respectée, il n'y a pas de bilatéralisation, et l'évolution est favorable dans presque tous les cas (que nous ne chiffrons pas du fait de quelques décès par affection intercurrentes un peu précoces pour avoir une impression suffisante de guérison réelle).

En conclusion, ces 28 cas de castration unilatérale nous montrent 4 fois une évolution vers la bilatéralisation nécessitant de nouvelles interventions avec 3 survies et 1 décès qui justifient l'indication de la castration bilatérale d'emblée.

Il est évident que les avantages de la castration bilatérale systématique ne se feront sentir que dans un nombre limité de cas et sera souvent réalisée inutilement, mais, c'est l'intervention qui assure la plus grande sécurité.

O

O O

2°/ De la castration bilatérale du fait de lésions bilatérales :

Elle a été réalisée 10 fois, avec 5 décès assez rapides.

Nous avons montré plus haut que la bilatéralité était un élément nettement aggravant.

3°/ De la chirurgie conservatrice à l'extrême :

Les 3 cas où elle a été pratiquée, quoique d'évolution favorable, ne nous permettent pas de juger.

4°/ Des opérations incomplètes :

Il faut insister, après bien d'autres (MATHIEU, LEBRET) sur leur intérêt : sur 5 cas, une guérison a été obtenue (N°8) ; il s'agissait d'une forme histologiquement bénigne ; toutes les autres formes, malignes ou en voie de dégénérescence, ont présenté une évolution défavorable.

5°/ De l'hystérectomie :

Son indication réside, nous l'avons vu, dans la fréquence de l'extension ou des métastases au niveau de l'utérus : pour certains, cette éventualité mène à l'hystérectomie totale systématique.

A son avantage, dans nos observations, signalons le cas N°40 : malade de 38 ans ; à l'intervention, on trouve une tumeur kystique de l'ovaire gauche ; ablation des deux annexes ; utérus laissé en place. L'examen anatomo-pathologique de la tumeur révèle qu'il s'agit d'un épithélioma végétant avec infiltrations pseudoglandulaires. Deux ans plus tard, pertes sanglantes et purulentes, avec un utérus petit en antéflexion : curetage dont le produit est soumis à l'examen histologique : épithélioma cylindrique végétant de même type que le précédent ; on pratique une hystérectomie totale ; l'examen histologique de la pièce confirme les résultats de la biopsie. Morte 5 ans plus tard de cachexie cancéreuse.

Il est évident que l'on a à regretter la conservation de l'utérus lors de la première intervention. Mais il s'agissait d'emblée d'une forme maligne à l'histologie et le pronostic en était donc réservé dès ce moment.

Cette observation est la seule où nous ayons à regretter, dans l'évolution, la conservation de l'utérus. Certes, le nombre de cas où l'hystérectomie apporte un bénéfice réel est très limité, mais il n'en reste pas moins qu'elle représente l'intervention de sécurité.

LES IRRADIATIONS

L'action thérapeutique des irradiations qui consistent surtout en radiothérapie plutôt qu'en curiethérapie, est très discutée.

Admise et considérée comme efficace par SCHUSTER qui en donne les détails techniques, la radiothérapie est rejetée par d'autres ; MATHIEU écrit : "Ce que nous en connaissons actuellement condamne la radiothérapie post-opératoire systématique tant que la radio-sensibilité sera inconnue pour un cas donné", et il continue, "la radiumthérapie abdominale paraît moins dangereuse, mais n'est pas très efficace".

LEBRET ne compte aucune guérison ni amélioration par curiethérapie ou roentgenthérapie.

Le gros problème posé par tous, reste celui de connaître la radio-sensibilité ou résistance de la tumeur. Une distinction a été faite : si pour MOULONGUET les épithéliomas végétants papillaires sont résistants, par contre, pour MALLET, les tumeurs d'origine wolffienne seraient favorablement influencées.

S'il est évident que pour les cas bénins la chirurgie reste une thérapeutique suffisante et que dans les formes malignes et spécialement quand elles sont inopérables, la radiothérapie doit être tentée, les difficultés surgissent dans les cas intermédiaires, car pour certains (MOULONGUET) les rayons X sur les T.V. sont néfastes et accélèrent leur évolution.

Quoi qu'il en soit, un certain nombre de nos malades ont été traitées par radiothérapie, aucune par curiethérapie.

15 cas ont été irradiés, qui se répartissent en :

- 3 cas bénins : Nos 2 - 8 - 14, tous d'évolution favorable.
- 7 cas malins : Nos 32 - 33 - 35 - 36 - 37 - 40 - 41, tous d'évolution défavorable, sauf les Nos 32 et 41.
- 5 cas intermédiaires : cas Nos 1 - 42 - 43 - 44 et 48, avec 2 décès (Nos 43 et 48).

TECHNIQUES MISES EN OEUVRE.-

Dans 9 cas le procédé radiothérapique mis en oeuvre n'est pas précisé, et il ne nous sera donc pas possible de discuter sa valeur propre, mais celle de la radiothérapie en général sur les T.V.

Dans 6 cas au contraire, il s'agit d'un procédé bien défini : la méthode de Coutard.

En quoi consiste-t-elle ? Il s'agit, selon DELHERM, d'une méthode de radiothérapie profonde à irradiations fractionnées, destinée initialement au traitement des cancers laryngés. Elle a été utilisée pour le traitement des cancers profonds avec quelques modifications du mode d'application.

Les principes de base étaient les suivants :

Un cancer de petit volume pouvait être irradié en un temps relativement court, tandis qu'un cancer de grande étendue devait au contraire être traité par une dose quotidienne plus faible, donc en un temps plus long.

La durée du traitement devait être inversement proportionnelle au degré d'infiltration et d'immobilisation du cancer.

Si un cancer indifférentié pouvait être traité avec succès par une courte ou une longue période, au contraire un cancer à cellules différenciées ne pouvait être traité avec succès que par des doses peu étalées.

On voit donc que la technique est très variable selon les circonstances. Cette méthode de base a été l'objet, par la suite, de remaniements divers, d'où résultent les techniques utilisées actuellement.

Le procédé de Coutard a été mis en oeuvre dans 6 cas : Nos I4 - 35 - 40 - 41 - 43 et 44.

LES RESULTATS sont à étudier à un certain nombre de points de vue.

I°/ Suivant le procédé radiothérapique mis en oeuvre : les résultats globaux nous montrent 8 guérisons durables et 7 décès parmi les cas irradiés, qui se répartissent ainsi : par le procédé Coutard, 3 guérisons (dont un cas malin) et 3 décès, et par les autres techniques non précisées, 5 guérisons (dont une forme maligne) et 4 décès.

II°/ Selon l'aspect anatomo-pathologique des tumeurs, il faut distinguer les formes végétantes papillaires avec 12 cas irradiés qui ont une évolution 5 fois favorable, et 7 fois défavorable et les formes d'origine mucoïde avec un total de 3 cas irradiés tous d'évolution favorable ; même en admettant l'absence de profit pour la malade de ces irradiations, on ne peut conclure à leur action néfaste comme certains le pensent.

III°/ Mais c'est surtout selon l'aspect histologique bénin, malin ou intermédiaire qu'il faut suivre les différences évolutives.

CAS BENINS.-

- Observation N°2 : Est très instructive ; il s'agissait, lors de la 1ère intervention d'une tumeur très adhérente, très végétante, avec greffes diffuses sur le péritoine pariétal qui sont laissées en place.

Des irradiations post-opératoires ont été effectuées.

8 ans plus tard, bilatéralisation et nouvelle intervention qui ne signale pas ces greffes paritonéales. Certes, on admet, nous l'avons vu, la possibilité de régression de ces formations après ablation de la tumeur principale, mais on ne peut pas ne pas penser que la radiothérapie a été un élément favorable à cette évolution. Il s'agissait d'une T.V. papillaire.

- Observation N°8 : pour laquelle le même raisonnement peut être tenu. On tombe sur de nombreuses adhérences, une ascite sanglante et une quantité de tumeurs papillaires.

Noyaux épiploïques. Toute l'entrée du bassin est occupée par ces masses. Du côté gauche, on trouve une tumeur du volume d'un oeuf d'oie. L'utérus est irrégulier, bosselé, on ne peut songer à une ablation des masses tumorales. On résèque une partie de l'épiploon. Les tumeurs papillaires kystiques des deux côtés sont adhérentes sur la ligne médiane. Elles contractent de telles adhérences dans le bassin qu'on ne peut songer à les enlever. On se contente de prélever quelques masses tumorales.

Irradiations post-opératoires.

La femme est revue 6 ans plus tard, cliniquement guérie ; 13 ans après l'intervention, l'évolution est toujours favorable.

- Observation N°14 : Cas beaucoup plus simple, car seulement quelques adhérences et absence de métastase. Evolution favorable.

CAS MALINS.-

- Observation N°32 : Ici, tumeur adhérente à l'intestin et à l'utérus. Castration bilatérale et hystérectomie. Irradiations. Vivante 12 ans plus tard.

- Les observations Nos 32 - 35 - 36 - 37 et 40 sont d'évolution défavorable.

Dans ces cas, il s'agissait toujours de T.V. papillaires, par contre la dernière observation des formes malignes (N°41) est une tumeur d'origine mucoïde. Irradiations post-opératoires, guérison vérifiée 17 ans plus tard.

CAS EN VOIE DE DEGENERESCENCE.-

- Observation N°1 : Alors que la 1ère intervention n'avait pas été suivie d'irradiations, une bilatéralisation survenue 11 ans plus tard a été traitée par la chirurgie et la radiothérapie. Deux ans plus tard, la femme était bien portante.

- Observations Nos 43 et 48 : évolution défavorable.
- Observations Nos 42 et 44 : évolution favorable.

0

0 0

Il est difficile de conclure. Le bénéfice des irradiations n'est pas évident. Mais leur action néfaste n'est pas du tout démontrée.

Parmi les tumeurs végétantes bénignes, il est possible que deux cas aient tiré un certain bénéfice de la radiothérapie.

En ce qui concerne les formes malignes, on a noté deux guérisons.

Mais il faut aussi citer le cas N°29 d'évolution favorable en dehors de toute irradiation.

Quand aux formes intermédiaires, deux échecs et 3 guérisons ne sont évidemment pas très démonstratifs.

0

0 0

CHAPITRE VIEVOLUTION

L'évolution a pu être suivie pendant un nombre d'années suffisant pour qu'en définitive il nous soit possible de classer toutes nos observations en deux catégories : d'une part les cas favorables ayant évolué vers la guérison et d'autre part les cas défavorables avec décès plus ou moins rapide imputable à la tumeur végétante. Pour la plupart des observations, cette distinction est facile. Mais elle est plus difficile en cas de décès par affection intercurrente, et dans cette éventualité nous avons pris le délai habituellement admis de 5 ans : en cas de décès avant l'écoulement de ce laps de temps, ne pouvant affirmer la guérison, nous considérons qu'il s'agit d'un cas d'évolution défavorable quant à la tumeur végétante ; au contraire, en cas de décès par affection intercurrente au delà de 5 ans, nous considérons qu'il s'agit d'un cas favorable par rapport à cette tumeur.

C'est ainsi que sur nos 49 cas, l'évolution s'est effectuée 35 fois vers la guérison et 14 fois vers la mort.

0

0 0

Mais, dans le temps qui a suivi l'intervention, une éventualité évolutive intéressante a pu se produire : c'est la bilatéralisation. Nous avons déjà évoqué ce problème au sujet de l'indication classique de la castration bilatérale prophylactique de ces bilatéralisations.

Celle-ci s'est produite dans les cas suivants :

- Observation N°1 : En voie de dégénérescence. Nouvelle intervention au bout de 11 ans et évolution favorable 2 ans après cette seconde intervention.
- Observation N°2 : Bénin. Il s'agissait la 1ère fois d'une tumeur droite qui est réséquée. L'ovaire gauche présentait un petit kyste. Hospitalisée 8 ans plus tard ; l'intervention découvre une grosse tumeur de l'ovaire gauche ; intervention. Il s'agit dans les deux cas de tumeur papillaire ne présentant aucune dégénérescence maligne. Revue vivante en 5I, soit 10 ans après la seconde opération.
- Observation N°5 : Bénin. Kyste papillaire survenu 30 ans auparavant.
- Observation N°30 : Malin. Avec nouvelle intervention au bout de un an et décès rapide.

Il convient d'y ajouter les cas qui ont présenté des kystes de l'ovaire dans leurs antécédents sans que l'on puisse préciser la nature de ces kystes :

- cas N°30 : kyste apparu 2 ans auparavant
- cas N°39 : " " 20 " "

La castration bilatérale est la solution la plus sage surtout lorsque le second ovaire est suspect.

0

0 0

L'évolution favorable de la tumeur végétante vers la guérison de la malade ou le décès par affection intercurrente dans un délai supérieur à 5 ans, s'est effectué, nous l'avons vu, dans 35 cas qui se repartissent en 27 cas bénins, 4 cas malins, et 4 cas en voie de dégénérescence.

Pour les 27 cas bénins, le laps de temps de contrôle est en général assez long : une dizaine d'années en moyenne ; la guérison la plus lointaine remonte à 18 ans, la plus récente à 6 ans, recul qui dans tous les cas semble largement suffisant pour prendre toute sa valeur. Il s'agit 20 fois de tumeurs papillaires et 8 fois de tumeurs d'origine mucoïde.

4 cas malins avec un recul de 11 - 12 - 14 et 17 ans qui se répartissent en 3 cas de tumeur papillaire et 1 cas de tumeur d'origine mucoïde.

4 cas en voie de dégénérescence, avec un recul de 9 - 14 - 8 et 13 ans comprenant 2 tumeurs végétantes papillaires et 2 tumeurs végétantes d'origine mucoïde.

0

0 0

L'évolution défavorable par la mort de la malade du fait de la tumeur ovarienne ou par affectation intercurrente dans un délai inférieur à 5 ans se rencontre dans 14 cas comprenant 11 cas malins et 3 cas en voie de dégénérescence. - 11 cas malins sur nos 15 cas au total ; le décès le plus rapide se produit au bout de 2 mois, le plus tardif au bout de 7 ans (par récurrence au niveau de l'utérus, cas N°40). Un seul cas a été rangé dans cette catégorie du fait d'un décès par affection intercurrente ; il s'agit du cas N°34 décédé au bout de 3 ans. Il s'agit dans tous les cas de tumeurs végétantes papillaires.

- 3 cas en voie de dégénérescence sur un total de 7, avec décès au bout de 1 an 1/2 - 6 ans - 2 ans (décès par affection intercurrente). Il s'agit encore dans ces 3 cas de tumeurs végétantes papillaires.

En conclusion, tous les cas considérés comme histologiquement bénins malgré un aspect opératoire parfois inquiétant, ont présenté une évolution favorable permettant

de parler de guérison.

Parmi les cas en voie de dégénérescence, on note une mortalité inférieure à 50 %.

Quant aux tumeurs histologiquement malignes, sur un total de 15, on note 4 guérisons et 11 décès.

Selon la nature papillaire ou d'origine mucoïde de la tumeur, cette dernière a toujours présenté une évolution favorable quel que soit l'aspect histologique bénin, malin ou intermédiaire de la tumeur.

O

O O

C H A P I T R E VII

LES ELEMENTS DU PRONOSTIC

LES ELEMENTS DU PRONOSTIC

Le pronostic des tumeurs végétantes est "difficile" à formuler, a-t-on dit. Si les données histologiques dominent cette question, d'autres éléments sont à prendre aussi en considération : c'est ainsi que nous allons essayer d'étudier l'incidence sur le pronostic des notions d'âge, de nature de l'ascite, d'extension de la tumeur, des méthodes thérapeutiques mises en oeuvre, et surtout des données anatomo-pathologiques.

O

O O

LE PRONOSTIC EN FONCTION DE L'AGE.-

Il semble, nous allons le voir, que le pronostic d'une T.V. dépende en partie de l'âge de la malade chez laquelle elle survient.

Des conclusions semblables ont déjà été exprimées par d'autres :

- SCHUSTER écrit "La question de l'âge est difficile à résoudre. Il nous semble que les femmes jeunes, contrairement à la règle habituelle, se défendent mieux que les autres."

- MATHIEU se range à cet avis.

- LEBRET écrit : "Un fait saute immédiatement aux yeux, c'est le % très favorable de 90 % pour les femmes de 30 à 40 ans". Et il continue : "La proportion de guérison tombe entre 40 et 50 ans à 42,8 % pour décroître ensuite d'une façon régulière."

Le tableau de la page I6 où sont indiquées pour un âge déterminé la fréquence et la gravité de l'atteinte, nous montre que la courbe de mortalité générale par tumeur végétante est variable selon l'âge et non parallèle à celle de l'atteinte générale.

En effet, la gravité est relativement faible chez la femme jeune (jusqu'à 39 ans, sur I6 cas on note 2 décès, soit 12,5 % de mortalité).

A partir de 40 ans, la mortalité augmente singulièrement ; tous les cas sont défavorables entre 50 et 54 ans, puis entre 55 et 59 ans la mortalité est de l'ordre de 60 %.

Ensuite, diminution assez nette : de 60 à 80 ans, 9 cas avec 2 décès.

En conclusion, il semble que l'on puisse affirmer la relative bénignité des tumeurs végétantes aux âges extrêmes de la vie, où on ne trouve pas plus de 10 % de mortalité, contrastant avec la gravité des tumeurs végétantes survenant entre 40 et 60 ans, où la mortalité est proche de 50 %.

Il convient de continuer cette étude en cherchant s'il existe un rapport entre la nature histologique de la tumeur et l'âge.

Les formes bénignes représentant le plus grand nombre de nos observations (27 sur un total de 49) il n'est pas surprenant que la courbe du nombre des tumeurs végétantes bénignes en fonction de l'âge soit en gros parallèle à la courbe du nombre total des cas, dont nous avons fait la description antérieurement. C'est ainsi que nous relevons les sommets décrits vers 40 et 50 ans, avec l'inflexion décrite entre les deux.

Les formes malignes apparaissent à tous les âges, mais avec une fréquence nettement plus grande entre 40 et 60 ans. De même on note un maximum de gravité entre 50 et 60 ans. Il faut souligner qu'il ne s'agit qu'une seule fois d'une tumeur végétante d'origine mucoïde ; cette tumeur est apparue chez une malade de 15 ans et l'évolution a été favorable.

Pour les formes en voie de dégénérescence, le cas le plus jeune est survenu à l'âge de 39 ans, le plus vieux à 62 ans. Sur 7 cas, 3 décès. Au point de vue de la nature des tumeurs, il s'agit 5 fois de tumeur végétante papillaire avec 3 décès et 2 fois de tumeur d'origine mucoïde d'évolution favorable.

En conclusion, il nous semble qu'un fait se détache nettement, c'est la relative bénignité de ces tumeurs végétantes chez la femme jeune.

Le plus lourd tribut est payé par les femmes de 50 à 60 ans chez qui le développement d'une tumeur végétante de l'ovaire est catastrophique, et tout spécialement entre 50 et 55 ans.

Les femmes âgées par contre, et comme le souligne MATHIEU "paraissent moins frappées par la malignité".

Cette dernière constatation nous incite à étudier de plus près l'évolution des tumeurs végétantes chez les femmes ménopausées.

LES TUMEURS VEGETANTES CHEZ LES FEMMES MENOPAUSEES

Une question se pose d'emblée, c'est de savoir si ces tumeurs surviennent chez des femmes ayant présenté des ménopauses précoces ou tardives ; il n'en est rien, le calcul de l'âge moyen de la ménopause des 21 cas intéressés nous montre qu'il correspond à l'âge moyen habituel de la ménopause (entre 49 et 50 ans).

A cet âge on note, d'une part, un fléchissement de la fréquence et d'autre part une augmentation très nette de la gravité de ces tumeurs : tous les cas apparus à cet âge ont une évolution défavorable, qu'ils soient malins ou en voie de dégénérescence sur le plan histologique. Rappelons que près de la moitié des cas histologiquement malins apparaissent chez des femmes ménopausées. Rappelons aussi que sur un total de 7 cas en voie de dégénérescence, 4 surviennent chez des femmes ménopausées. Un cas semble s'être révélé au cours des troubles des règles qui précèdent habituellement la ménopause : c'est le cas N°32, cas histologiquement malin d'évolution favorable.

Par contre, si on étudie la fréquence et la gravité de l'atteinte en fonction de l'ancienneté de la ménopause, on note :

- arrêt des règles depuis 0 à 5 ans : 9 cas dont 7 mortels
- " " " " 6 à 10 " : 3 " " 1 "
- " " " " 11 à 15 " : 6 " " 0 "
- " " " " plus de 16 ans : 3 " " 0 "

En conclusion, il semble que l'apparition d'une tumeur végétante chez une femme qui n'a plus ses règles soit d'un pronostic plus fâcheux lorsque la ménopause est récente que lorsqu'elle est plus ancienne.

0

0 0

PRONOSTIC EN FONCTION DE L'ASCITE.-

I°/ La présence d'ascite :

Quoique banale, elle est considérée en général comme un facteur d'aggravation ; elle est en effet le témoin de la dissémination péritonéale (LECENE).

Voici à ce sujet nos chiffres : sur un total de 14 cas avec ascite, on note :

- formes bénignes : 5 cas avec ascite sur un total de 27 cas bénins : l'évolution est favorable dans tous les cas.
- formes malignes : 8 cas avec ascite sur un total de 13 cas malins dont l'évolution n'a été qu'une seule fois favorable. Parmi les 5 cas restants qui n'avaient pas présenté d'ascite, on trouve aussi une guérison.
- formes en voie de dégénérescence : un seul cas d'ascite avec évolution défavorable.

En conclusion, il ne semble pas que ce symptôme de l'extension au péritoine soit un élément de particulière gravité en lui-même : ce qui semble dominer le pronostic, c'est la nature de la tumeur dont il traduit l'extension.

II°/ La nature de l'ascite :

LECENE attachait un fâcheux pronostic à la nature hémorragique de l'ascite : elle serait le fait des formes malignes ; cette notion est très critiquée par MATHIEU qui ne lui accorde pas du tout cette valeur. Et les chiffres avancés par LEBKET semble confirmer cette dernière impression.

Nos observations ne nous montrent qu'un seul cas d'ascite hémorragique, qui accompagnait un kyste végétant papillaire typique : évolution favorable confirmée 13 ans plus tard.

O

O O

PRONOSTIC EN FONCTION DES DONNEES OPERATOIRES.-

D'emblée, rappelons la différence que nous avons trouvée, quant au pronostic entre les formes unilatérales et les formes bilatérales : la gravité de ces dernières formes est admise par tous, et nous avons trouvé :

- atteinte unilatérale, mortalité de 14 %
- " bilatérale, mortalité de 50 %.

La présence de végétations externes, nous l'avons vu, entraîne une mortalité plus grande que celle de végétations internes.

De même, les tumeurs adhérentes s'opposent aux tumeurs libres par leur gravité évolutive.

- tumeur libre, mortalité de 5 %

- tumeur adhérente, mortalité de 45 %.

Enfin, dans le groupe des tumeurs qui présentent des greffes ou métastases, la mortalité est nettement supérieure.

O

O . O .

PRONOSTIC EN FONCTION DES MOYENS THERAPEUTIQUES MIS EN OEUVRE

Les résultats des moyens chirurgicaux sont bons dans l'ensemble, bien qu'il se soit agi souvent d'une technique conservatrice.

A la lumière des autres éléments, il semble que l'attitude opératoire puisse être différente selon qu'il s'agisse d'une tumeur apparaissant au voisinage de la ménopause, ou apparaissant chez une femme jeune ; si dans le premier cas une attitude radicale paraît être de mise, dans le second, la chirurgie est autorisée à être plus conservatrice. Dans cette dernière éventualité opératoire, la fréquence des bilatéralisations nous incite à une surveillance minutieuse qui permettra éventuellement une réintervention précoce.

Quant à la radiothérapie, sans la rejeter formellement du cadre des moyens thérapeutiques à utiliser en présence d'une tumeur végétante de l'ovaire, on peut penser qu'elle est sans incidence notable sur le pronostic.

O

O . O

PRONOSTIC EN FONCTION DES DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUES

C'est l'anatomie pathologique qui fournit les renseignements les plus valables pour le pronostic. Ces renseignements sont de différents ordres.

DIFFERENCE PRONOSTIQUE SELON LA NATURE SEREUSE OU MUCOÏDE DE LA TUMEUR.

C'est une notion classique sur laquelle nous n'insisterons pas : il est admis habituellement que les tumeurs végétantes d'origine mucoïde sont d'un pronostic meilleur que les tumeurs végétantes papillaires.

Dans nos observations, ces dernières sont au nombre de 38 avec 14 décès, alors que les tumeurs végétantes d'origine mucoïde au nombre de 11, ont toujours présenté une évolution favorable, quel que soit leur aspect histologique bénin (8 fois), malin (1 fois), ou en voie de dégénérescence (2 fois).

ASPECT MACROSCOPIQUE DES TUMEURS ET PRONOSTIC

L'incidence sur le pronostic de l'aspect macroscopique des tumeurs végétantes a déjà été étudié à propos des découvertes opératoires. Nous n'y reviendrons pas.

PRONOSTIC EN FONCTION DES DONNEES HISTOLOGIQUES QUI ONT SERVI A CLASSER LES TUMEURS

Il s'agit ici, avec le recul fourni par l'évolution, de vérifier la valeur des critères qui ont servi à graduer la malignité des 49 cas étudiés.

Le premier groupe comprenait les tumeurs à architecture normale, très régulière, sans aucune anomalie cytologique et pour lesquelles le diagnostic de bénignité avait été porté 27 fois. Dans tous les cas l'évolution a été favorable et a donc vérifié le diagnostic histologique.

Le second groupe comprenait des tumeurs présentant une architecture normale avec de légères irrégularités telles que polystratifications et anomalies cytologiques (anisocytose, anisonucléose). Ces irrégularités ont fait prononcer les

termes de tumeurs en voie de dégénérescence dans 7 cas, dont l'évolution a été variable :

- 4 guérisons : N°1 guérison vérifiée au bout de 13 ans

N°42	"	"	"	9	"
N°44	"	"	"	14	"
N°47	"	"	"	14	"
- 3 décès : N°43 décès au bout de 1 an 1/2

N°48	"	"	6	ans
N°49	"	"	2	ans (affection intercurrente)

On voit donc que les critères de suspicion de malignité sont valables dans ces formes au "début" et que l'acte thérapeutique institué à ce moment est souvent très efficace.

Les 3ème et 4ème groupes ont été confondus pour l'étude générale qui nous montre, sur 15 cas où le pronostic histologique de malignité a été porté, 11 décès et 4 guérisons.

Rappelons que le 3ème groupe comprenait les tumeurs présentant une architecture encore reconnaissable mais avec une disposition totalement irrégulière de l'épithélium dont les cellules étaient également très atypiques. L'évolution a été la suivante :

- 10 décès : Nos 30 - 31 - 33 - 34 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 et 45.
- 2 guérisons : N°41 vérifiée au bout de 17 ans

N°46	"	"	8	ans.
------	---	---	---	------

Le 4ème groupe comprenait les tumeurs présentant un effacement total de l'architecture histologique normale ; voici l'évolution :

- N° 29 : vivante au bout de 11 ans.
- N° 32 : " " 12 ans.
- N° 35 : décédée.

On voit donc que dans ces formes que l'on considère à juste titre comme les plus graves, l'action de la thérapeutique n'est pas négligeable puisqu'un certain nombre de guérisons ont été obtenues.

Autres facteurs d'aggravation : nécrose et invasion de la paroi :

La nécrose tissulaire est absente du groupe I, apparaît dans le groupe II où l'on note les cas N°42 d'évolution favorable et N°49 d'évolution défavorable.

Aucun cas de nécrose parmi les tumeurs du groupe III. Un cas dans le groupe IV : observation N°32 d'évolution favorable.

Certes ces trois cas au total sont nettement insuffisants pour juger, mais cependant l'aggravation du fait de la nécrose ne paraît pas manifeste pour les cas étudiés.

L'envahissement de la paroi, nous l'avons déjà dit, a une valeur pronostique absolument différente selon qu'il s'agit d'une rupture de la basale avec envahissement du stroma par les éléments épithéliaux, ou au contraire qu'il s'agit de véritables inclusions dans la paroi de formations glandulaires ou pseudo-glandulaires séparées du stroma par une basale intacte. Il s'agirait là d'un processus semblable à celui qui entraîne la formation de greffes péritonéales. Le premier aspect de cet envahissement dont la constatation permet de porter le diagnostic d'épithélioma, est banale dans le groupe IV, et nous n'y insisterons pas. Par contre, le second aspect, qui est le fait des tumeurs des trois autres groupes est beaucoup plus intéressant, et l'on retrouve ces inclusions dans les cas suivants :

Ier groupe : N°15 - vivante

N°25 - vivante

2ème groupe : N° 1 - vivante

3ème groupe : N°30 - décédée.

Il semble donc que ce ne soit pas la présence de ces pénétrations qui représente le facteur aggravant, mais la nature du tissu dont elles traduisent la tendance extensive.

O

O O

La valeur des critères histologiques avancés semble donc être confirmée par l'évolution dans la plupart des cas.

O

O O

C O N C L U S I O N S

1) Dans 49 cas de tumeurs végétantes de l'ovaire, l'évolution, avec un recul souvent très long et toujours supérieur à 5 ans, a révélé 35 guérisons et 14 décès.

2) Les éléments du pronostic sont essentiellement histologiques. Ils sont parfois formulés sans difficulté, qu'il s'agisse de formes très régulières sans aucune anomalie histologique dont nous avons rencontré 27 exemples et dans ce cas l'avenir est très favorable comme nous l'a toujours montré l'évolution, ou bien qu'il s'agisse de formes manifestement malignes (15 cas) où l'évolution est, en général, des plus sombre (11 décès).

3) Par contre, il existe des cas intermédiaires difficiles. C'est pour ceux-ci que nous avons recherché les critères histologiques mineurs de malignité que représentent la polystratification et les anomalies cytologiques du type anisocytose et anisonucléose. Ces éléments, et en l'absence de tout autre signe, nous ont fait parler de tumeur en voie de dégénérescence dans 7 cas où l'évolution nous a montré 4 guérisons et 3 décès.

4) Nous avons retrouvé la notion classique du meilleur pronostic que représentent les tumeurs végétantes d'origine mucoïde par rapport aux papillaires.

5) Le degré de développement de la tumeur, sa bilatéralité, sa tendance extensive se traduisant par des végétations externes, des greffes à distance, sont autant d'éléments d'aggravation.

6) La question de l'âge est importante : la gravité est la plus faible aux âges extrêmes de la vie : elle augmente à partir de 40 ans et semble atteindre son maximum vers 50 ans, puis, nous l'avons dit, diminue.

7) Si l'indication opératoire est formelle et très large, le choix de l'intervention peut être discuté dans certains cas. Il ne semble pas que la radiothérapie soit un complément très efficace à l'acte chirurgical.

8) En cas de chirurgie conservatrice, les indications d'une réintervention rapide peuvent parfois être posées sur les résultats de l'examen histologique.

9) Il n'en reste pas moins que l'avenir des malades garde des inconnues, car les tumeurs végétantes de l'ovaire sont d'évolution parfois déconcertante.

0

0 0

VU : Le Président de thèse
P. BROCCQ

VU : Le Doyen de la Faculté
L. BINET

VU et PERMIS D'IMPRIMER : Pour le Recteur de
l'Académie de Paris, le Vice-Président
du Conseil de l'Université de Paris :
Signé illisible.

LES OBSERVATIONS

- NOTE : 1) Les observations sont classées dans un ordre indéterminé.
- 2) Le terme de tumeur végétante entéroïde a été employé dans la description histologique des tumeurs ; il faut entendre chaque fois : tumeur végétante d'origine mucoïde.

OBSERVATION N°I : EP...-SC... ; 44 ans ; 1936.

Antécédents : Opérée d'un goître en 1929. Règles à 12 ans, 4 semaines, 3 jours. 4 accouchements normaux. Depuis un an, douleurs à la miction. Depuis 2 semaines hémorragies.

Examen : On sent dans le bas ventre une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, lisse, mobile, non sensible.

Au toucher : utérus rétro-versé, indépendant de la tumeur, qui est située au-dessus de lui.

Opération : 27/10/36. Tumeur bleuâtre dont la ponction retire un litre et demi de liquide blanchâtre, extériorisation de la tumeur dont le pédicule est tordu de 90° vers la droite. Ligature et section. Les annexes droites sont normales. L'ovaire simplement un peu gros, mais libre, il porte sur la ligne médiane un kyste.

Myome du volume d'une cerise. Résection du kyste au niveau de l'ovaire droit.

Anatomo-pathologie : Kyste du volume d'une tête d'enfant. En plusieurs endroits sa paroi est dure, à un endroit fait saillie. A l'intérieur un nodule chevelu sur lequel s'implantent des masses. La paroi externe du kyste est totalement lisse.

Histologie : Tumeur végétante papillaire, forme très végétante avec pénétration du stroma par des digitations tubuleuses ramifiées. La disposition de l'épithélium n'est pas très régulière et l'on n'observe pas de mitoses ni de rupture de la basale.

Evolution : Sort guérie le 12/11/36.

Revue cliniquement guérie en 1943.

Réopérée en 1947 d'un kyste de l'ovaire droit ; ablation de l'annexe. Radiothérapie. Il s'agit d'un kyste végétant papillaire bénin.

Vivante en 1949.

o o o O o o o

OBSERVATION N°2 : DA...-SA... ; 45 ans ; 1933.

Antécédents : Règles 12 ans, 4 semaines, 3 jours. 4 accouchements, 6 avortements. Depuis 4 ans, la malade a senti dans son bas ventre une tumeur, jamais de douleurs. Dans la dernière année, amaigrissement notable, surtout dans les dernières semaines.

Examen : Le corps utérin est incliné à gauche, en arrière de lui on sent une tumeur kystique qui plonge profondément dans le bassin et peu mobile. Elle remonte jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque.

Opération : 20/5/33. Un peu d'ascite, l'utérus est libre à gauche de la tumeur. Petit kyste de l'ovaire gauche. La tumeur perçue vient du côté droit, elle a le volume d'une tête de fœtus et est adhérente par places. A son bord supérieur, végétations en chou fleur qui ont traversé la paroi de la tumeur. Il existe une métastase de la grandeur d'une pièce de 5 francs dans le cul de sac vésico-utérin et une deuxième sur le péritoine pariétal. D'autres métastases ~~sont~~ diffuses sur le péritoine pariétal, si bien qu'une opération radicale n'a que peu de chance de succès. A cause de la situation anatomique favorable, la tumeur qui est une "très belle préparation" est réséquée.

Histologie : Tumeur végétante papillaire typique

Irradiations post-opératoires du 3/6 au 1/7.

Evolution : Entrée de nouveau le 25/5/41. Depuis 3 ans 1/2, de nouveau augmentation de volume du ventre surtout nette les derniers temps.

Examen : Corps utérin difficilement perceptible, on perçoit une tumeur trilobée dépassant l'ombilic dont le pôle inférieur plonge en arrière du col. C'est une tumeur kystique qui remplit presque tout le petit bassin.

Opérée le 5/6. Utérus petit avec un myome de la taille d'une petite cerise. La tumeur est libre, lisse, elle est ponctionnée (contenu jaunâtre) et on évacue successivement ses trois poches. Extériorisation, il s'agit d'une tumeur de l'ovaire gauche, le pédicule est lié et sectionné. Péritonisation. Utérus est libre et normal.

Histologie : Kyste multiloculaire mais végétant simple, ne présentant aucune dégénérescence maligne.

Radiothérapie post-opératoire.
Revue en 1943 cliniquement guérie.
Vivante en 1951.

o o o O o o o

OBSERVATION N°3 : MO...-JO... ; 25 ans ; 1934

Antécédents : Règles 14 ans, 3 à 6 semaines, 6 jours. Pas de grossesse. Tumeur découverte à l'occasion d'une consultation pour stérilité.

Examen : Utérus anté-fléchi à côté duquel on sent à droite une tumeur grosse comme une pomme, moyennement dure, légèrement irrégulière, bien mobile et de consistance variable. L'annexe gauche paraît normale.

Opération : 20/12/33. Adhérence de l'épiploon à la paroi antérieure. Tumeur kystique à droite d'un utérus petit anté-fléchi, dur. Annexe gauche adhérente, ovaire un peu plus gros que la normale. Libération des adhérences de la tumeur qui est particulièrement intraligamentaire, section des pédicules et exérèse. Appendicectomie.

Anatomie -pathologie : Kyste du volume du poing, la paroi interne porte en quelques endroits des formations polypeuses légèrement proéminentes dans la lumière.

Histologie : Kyste séreux banal

Evolution : Sortie guérie. Vivante en 1950.

o o o O o o o

OBSERVATION N°4 : CO...-TA... ; 70 ans ; 1933

Antécédents : Opérée d'un goître en 1913. Règles à 14 ans, ménopause à 50 ans. Un accouchement, un avortement. Augmentation de volume de l'abdomen depuis 6 mois, gêne à la miction.

Opération : 2/11/33. On tombe sur une tumeur bleuâtre qui est ponctionnée (3 litres de liquide brun jaunâtre) extériorisation de la tumeur après évacuation de multiples poches. Elle vient du côté gauche. Ligature et section de son pédicule.

Du côté droit, tumeur kystique, lisse du volume du poing. Ablation de cette seconde tumeur.

Anatomo-pathologie : Le kyste droit est pseudo-muqueux, sa paroi paraît partout lisse. Le kyste gauche est multiloculaire, il contient tantôt des masses gélatineuses, tantôt du liquide muqueux. La paroi de certains kystes portent quelques petites papilles peu nombreuses.

Histologie : Kyste entéroïde multiloculaire bénin.

Evolution : Sortie guérie le 17/11.

Morte le 4/12/46 d'insuffisance cardiaque ; pas de signe de récédive.

o o o O o o o

OBSERVATION N°5 : LE...-PR... : 75 ans ; 1933.

Antécédents : Règles 15 ans, 4 semaines, 4 jours, ménopause à 48 ans. En 1903 kyste papillaire de l'ovaire droit (contenu filant jaune clair). Ce kyste avait une paroi épaisse d'un mm. Les 2/3 de son revêtement intérieur étaient revêtus de petites proliférations papillaires, si bien que la paroi, en certains endroits avait jusqu'à 3 mm. d'épaisseur. Ovaire gauche paraissant normal. Pas d'examen histologique.

Depuis quelques mois, augmentation de volume de l'abdomen qui l'amène à consulter.

Examen : Utérus rétroversé, libre surmonté par une tumeur surtout développée à gauche kystique atteignant l'ombilic.

Opération : 11/7/33. On tombe sur une tumeur absolument libre qui est ponctionnée (un à 2 litres) ligature et section du pédicule péritonisation.

Anatomo-pathologie : Tumeur du volume d'une tête d'enfant, multiloculaire. Sur la paroi se trouvent çà et là de petites proliférations papillaires. Mais la paroi dans son ensemble est lisse. Dans un des kystes gros comme le poing, masses muqueuses brunâtres.

Histologie : Tumeur végétante papillaire typique

Evolution : Morte à 81 ans d'affection intercurrente.

OBSERVATION N°6 : SC...-BL... ; 60 ans ; 1932.

Antécédents : Règles à 18 ans, ménopause à 52 ans, 9 accouchements normaux. Depuis 6 mois, sensation de pression dans le ventre, de temps en temps douleurs. Depuis 2 mois, augmentation de volume de l'abdomen.

Examen : Abdomen très augmenté de volume. Tumeur élastique avec une surface lisse remontant presque jusqu'au bord costal. Utérus difficile à limiter, on sent dans le douglas le pôle inférieur de la tumeur.

Opération : 2/11/32. On tombe sur une tumeur bleuâtre, ponction ; il s'écoule un liquide brun sale, pseudo-mucineux, plusieurs litres. Kyste multiloculaire, libération facile des adhérences. Extériorisation, la tumeur vient de l'ovaire droit, ligature et section du pédicule. Du côté gauche, kyste ovarien de la grosseur d'une petite noix, on enlève également l'annexe gauche.

Histologie : Tumeur végétante papillaire

Evolution : Soignée guérie le 16/11 après une phlébite superficielle.

Bien portante en 1947.

o o o O o o o

OBSERVATION N°7 : SU...-IE... ; 29 ans ; 1931.

Antécédents : Règles 13 ans 1/2, 4 semaines, 5 jours. Admise le 11/9. Le matin du 9/9, douleurs à type de crampe dans tout le ventre, bientôt localisées du côté droit. Hospitalisée en chirurgie pour appendicite puis transférée au Frauenspital.

Examen : Utérus antéfléchi, à gauche duquel se trouve une tumeur annexielle très sensible de consistance molle. L'annexe droite est sensible mais non perceptible.

Opération : 20/10/31. L'utérus est dévié à droite. Il porte sur sa paroi postérieure un myome pédiculé du volume d'une petite noix. Du côté gauche, kyste du volume d'une pomme. L'ovaire droit est légèrement adhérent au feuillet postérieur du ligament large. Libération des adhérences de la tumeur, hémostase et exérèse. Myomectomie. Péritonisation, appendicéctomie.

Anatomo-pathologie : Ovaire du volume d'un petit poing. Sa paroi est lisse extérieurement, mais, à un endroit à l'intérieur, se trouvent des formations en chou-fleur. Le kyste contient une masse muqueuse ; dans le tissu ovarien se trouve un corps jaune.

Histologie : Très petit fragment d'un kyste entéroïde

Evolution : Sortie guérie. Opérée d'un myome en 1946. En bon état en 1947.

o o o O o o o

OBSERVATION N°8 : KA...-SC... ; 34 ans ; 1936

Antécédents : Règles à 15 ans, 4 semaines, 3 jours. Douleurs dans le ventre surtout du côté gauche assez marquées depuis quelque temps.

Examen : Utérus anté-fléchi. A droite sensibilité de l'annexe à gauche tumeur du volume d'un oeuf qui plonge assez profondément dans le douglas.

Opération : 27/8/36 avec le diagnostic d'annexite. On tombe sur de nombreuses adhérences et sur une ascite sanglante et une quantité de tumeurs papillaires. Noyaux apiploïques. Toute l'entrée du bassin est occupée par ces masses. Du côté gauche, on trouve une tumeur du volume d'un oeuf d'oie. L'utérus est irrégulier, bosselé, on ne peut songer à une ablation des masses tumorales. On résèque une partie de l'épiploon. Les tumeurs papillaires kystiques des deux côtés sont adhérentes sur la ligne médiane. Elles contractent de telles adhérences dans le bassin qu'on ne peut songer à les enlever. On se contente de prélever quelques masses tumorales. Les ganglions paraaortiques paraissent libres, le péritoine du sigmoïde ne montre aucune tumeur certaine mais des petites plaques irrégulières que l'on retrouve sur le grêle.

Histologie : Kyste végétant papillaire typique ne présentant pas d'image de dégénérescence

Radiothérapie post-opératoire selon Coutard mal supportée et ensuite modification de la technique.

Evolution : En 1941, sciatique : suspicion de métastase et nouvelle série de rayons.

Revue en 1943 cliniquement guérie.

Vivante en 1949.

OBSERVATION N°9 : SC...-SC... ; 55 ans ; 1931

Antécédents : Règles à 18 ans, 4 semaines, 5 jours. Ménopause à 42 ans. 7 accouchements normaux, un accouchement prématuré, une fausse-couche. Depuis 2 ans, douleurs à la miction et à la défécation. Depuis 3 à 4 semaines, pollakiurie, douleurs à la défécation, selles fréquentes et peu abondantes. Etat général médiocre.

Examen : A droite, tumeur du volume d'un poing, non sensible, de consistance dure, à un travers de main de l'ombilic. Utérus en déflexion. Tumeur du volume d'une tête d'enfant, dure, lisse, mobile.

Opération : 17/7/31. La tumeur vient de l'ovaire gauche, l'utérus est en rétro-flexion dans le douglas. Ponction, évacuation de 3/4 de litre de liquide séreux légèrement trouble, extériorisation de la tumeur, elle présente des proliférations papillaires qui ont traversé la capsule et qui sont exceptionnellement friables. Exérèse après laquelle on voit sur le ligament large et le ligament tubo-ovarien le reste du tissu papillaire. On décide une hystérectomie totale.

Histologie : Kyste multiloculaire séreux dans un ovaire scléreux ; très forte hyperplasie kystique de l'endomètre.

Evolution : Décédée le 21/11/49. Autopsie : cancer de l'estomac avec métastase hépatique ; dégénérescence du myocarde.

o o o O o o o

OBSERVATION N°10 : ST...-HO... ; 63 ans ; 1931.

Antécédents : Règles à 15 ans, 4 semaines, 7 jours. Ménopause 50 ans. Depuis 3 ans, augmentation de volume du ventre, depuis 3 semaines, pollakiurie, rectocèle.

Examen : Tumeur remontant à un travers de main au-dessus de l'ombilic, fluctuante, élastique. Le corps utérin semble se trouver en arrière du pôle intérieur de cette tumeur.

Opération : 18/5/31. Ponction du kyste, 4 litres de liquide brun jaune sont évacués de deux poches kystiques. Un dernier kyste au voisinage du hile est encore ponctionné. On peut extérioriser la tumeur. Ligature du pédicule. Exérèse. Péritonisation. Utérus normal, annexe droite libre, ovaire petit et normal. Appendicectomie.

Anatomo-pathologie : Kyste multiloculaire du volume d'une tête d'enfant, nombreuses proliférations en chou-fleur à son intérieur.

Histologie : Tumeur végétante papillaire

Evolution : Sort guérie. Décédée le 22/5/39 d'affection intercurrente.

o o o O o o o

OBSERVATION N°11 : ST...-GR... ; 57 ans ; 1934.

Antécédents : Règles à 15 ans, 4 semaines, 8 jours, ménopause à 48 ans. 3 accouchements. Prolapsus, port d'un Pessaire. Dans les derniers temps, augmentation de volume de l'abdomen. Père mort d'un cancer du rectum, mère d'un cancer de l'utérus, frère mort d'un cancer du rectum et une soeur d'un cancer du rein.

Examen : Abdomen très augmenté de volume, comme pour une grossesse à terme. On perçoit une tumeur lisse, élastique qui remonte un travers de main au-dessus de l'ombilic. Utérus petit, mobile, au-dessus duquel on perçoit la tumeur tout à fait indépendante de lui qui paraît dépendre de l'annexe gauche.

Opération : 2/8/34. La tumeur provient de l'annexe droite, elle est ponctionnée : deux litres 1/2 de liquide brun foncé. Le pôle inférieur est légèrement développé dans le ligament large. Ablation de la tumeur après ligature des pédicules. Péritonisation, utérus normal, l'état de l'annexe gauche n'est pas précisé. Appendicectomie.

Anatomo-pathologie : Tumeur kystique uniloculaire dont la paroi en certains endroits est irrégulièrement épaissie et montre vers la lumière de fines formations papillaires.

Histologie : Kyste séreux.

Evolution : Sort guérie.

Revue bien portante en 1943.

Vivante en 1949.

OBSERVATION N°12 : HA...-Marie ; 42 ans ; 1934.

Antécédents : Règles à 12 ans, 4 semaines, 3 jours. Un accouchement normal en 1928. Augmentation de volume du ventre depuis quelques mois, règles régulières, léger amaigrissement.

Examen : Col perméable au doigt, utérus rétroversé qui paraît tenir au pôle inférieur de la tumeur. La tumeur remonte au-dessus de l'ombilic, paraît légèrement élastique et fluctuante.

Opération : 2/10/34. On tombe sur une tumeur blanc bleuâtre, libre d'adhérences. Un peu d'ascite jaunâtre dans le bassin. La tumeur vient du côté gauche, son pôle inférieur est contigu à l'utérus, l'ovaire droit porte un kyste de la grosseur d'un oeuf. Le kyste du côté gauche est ponctionné. Son contenu est brun clair et on retire à peu près deux litres. Le pédicule de la tumeur est lié et la tumeur extériorisée et enlevée. Etant donné le peu de tissu ovarien restant à droite, on enlève l'annexe droite. Appendicectomie.

Anatomo-pathologie : Ovaire droit de la taille d'une mandarine transformé en un kyste unique à parois lisses. Du côté gauche, il s'agit d'une tumeur plus grosse qu'une tête d'homme multiloculaire et à parois lisses. Chaque poche contient de la pseudo-mucine et nulle part il n'y a de suspicion pour une dégénérescence maligne.

Histologie : Petit kyste entéroïde multiloculaire végétant

Evolution : Vivante en 1949.

o o o O o o o

OBSERVATION N°13 : DU...-MU... ; 36 ans ; 1935.

Antécédents : Règles à 15 ans, 4 semaines, 6 jours. Ni avortement, ni accouchement. Depuis 6 mois environ, a remarqué une augmentation du volume de l'abdomen et des douleurs du côté droit, bon appétit, pas de perte de poids.

Examen : Tumeur de la taille d'une grossesse de près de 9 mois. Pas d'ascite, l'utérus ne peut être perçu.

Opération : 22/6/35. On tombe sur une tumeur bleuâtre. L'exploration montre un utérus anté-fléchi, à la gauche duquel on sent une tumeur adhérente de la taille d'une mandarine. La tumeur principale provient du côté droit, elle est libre et remonte un bon travers de main au-dessus de l'ombilic. Elle est ponctionnée, liquide chocolat, épais et muqueux dont on évacue à peu près 2 litres. Une seconde ponction permet d'évacuer encore un litre de liquide. Sur sa paroi postérieure, la tumeur qui, en dehors de cela est lisse, montre deux noyaux de la grosseur d'une noix qui, superficiellement, sont lisses mais qui font à la surface de la tumeur une bosselure d'un bon centimètre. Ligature des pédicules, ablation de la tumeur.

Du côté gauche, libération difficile des adhérences au cours de laquelle on ouvre le kyste qui laisse s'écouler un sang épais semblable à du chocolat. Les parties profondes de la tumeur sont très adhérentes. On a beaucoup de mal à pratiquer l'ablation de la tumeur. Ablation d'un myome sur l'utérus au niveau de la corne droite.

Anatomo-pathologie : Parois lisses avec, à l'intérieur, des végétations papillaires.

Histologie : Kyste végétant papillaire typique

Evolution : Sortie guérie. Bon état en 1946.

o o o O o o o

OBSERVATION N°14 : HU...-Rosa ; 49 ans ; 1935.

Antécédents : Règles à 14 ans, 4 semaines, 4 jours. A l'âge de 27 ans hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus. En 1934 menace d'ileus. Au printemps 35, augmentation de volume de l'abdomen, amaigrissement, douleurs à la miction.

Examen : Augmentation très importante du volume de l'abdomen. Tumeur remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le douglas est occupé par une tumeur dont la surface est irrégulière et la consistance élastique.

Opération : 9/10/35. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide jaunâtre trouble abondant. Adhérence de la tumeur à la paroi antérieure. Ponction blanche. On tente d'extérioriser la tumeur mais elle se rompt et se vide d'une tumeur grosse comme le poing friable qu'elle contenait. On achève l'extériorisation.

Libération d'une adhérence de la vessie. La tumeur vient du côté droit. Ligature et exérèse. On ne trouve pas d'ovaire gauche. Pas de métastase ni sur l'épiploon ni sur le péritoine.

Anatomo-pathologie : Tumeur plus grosse qu'une tête humaine, irrégulière, faite de kystes de grosseur variable. Ces kystes contiennent des masses muqueuses jaunâtres ou brunâtres. En partie la surface n'est plus intacte, mais on voit à l'extérieur de fines formations papillaires.

Histologie : Kyste entéroïde multiloculaire bénin secondairement infecté.

Radiothérapie post-opératoire selon Coutard.

Evolution : Revue en 43 cliniquement guérie. Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°15 : SI...-FR... ; 41 ans ; 1935.

Antécédents : Règles 15 ans, 4 semaines, 4 jours. Depuis 8 jours, fatigue, céphalée, douleurs abdominales.

Examen : Abdomen augmenté de volume par une tumeur médiane, bien limitée, élastique, dont la surface est lisse. Un peu d'ascite. Au toucher le corps utérin paraît anté-fléchi, est difficile à sentir. Les annexes ne sont pas perceptibles, la tumeur est au-dessus de l'utérus.

Opération : 27/11/35. Un peu d'ascite. Utérus petit anté-fléchi. Le pôle inférieur de la tumeur est très adhérent. On cherche à ponctionner la tumeur, mais on n'y parvient pas en raison de son contenu épais et pseudo-muqueux et on doit évacuer le kyste multiloculaire en l'ouvrant. En extériorisant la tumeur on voit qu'elle vient du côté gauche, section et ligature du pédicule. L'annexe droite est adhérente, mais ne présente pas d'altération importante. Appendicectomie.

Anatomo-pathologie : Tumeur ovarienne plus grosse qu'une tête d'homme contenant des masses mucoides. La paroi montre en partie des formations chevelues fines irrégulières et friables, mais la paroi extérieure est libre.

Histologie : Kyste entéroïde multiloculaire végétant bénin avec tendance à l'envahissement de la paroi par des formations pseudoglandulaires dont l'architecture reste régulière et qui conservent leur pouvoir sécrétoire.

Evolution : Sortie après une phlébite et une embolie.

Morte en 42 de sclérose coronarienne.

o o o O o o o

OBSERVATION N°16 : EG...-SC... ; 30 ans ; 1936.

Antécédents : Règles à 15 ans 1/2, 4 semaines, 4 jours. Un enfant à 31, forceps. Depuis, douleurs du côté droit. Depuis 6 mois, sensations de vertige en position couchée. Règles beaucoup plus abondantes depuis l'accouchement.

Examen : Col déchiré. Corps anté-fléchi normal. A droite tumeur ovarienne de la grosseur d'un oeuf sensible à la pression, mobile, rien à gauche.

Opération : 6/1/36. Opération d'Emmet, puis opération abdominale. Du côté droit on tombe sur un ovaire de la grosseur d'un petit oeuf avec quelques adhérences. Cet ovaire présente des kystes d'égale grosseur dans ses parties moyennes et latérales. Du côté gauche adhérences ++, l'ovaire est un peu augmenté de volume. Du côté droit, l'albuginée est incisée et les kystes sont excisés laissant en place peu de tissu ovarien. Appendicectomie.

Anatomo-pathologie : Dans l'intérieur du kyste ovarien se trouvent de grands et de petits kystes qui contiennent un liquide jaunâtre en partie muqueux. Le plus grand de ces kystes montre une paroi pâle alors que les petits présentent souvent à leur intérieur des formations chevelues.

Histologie : Kyste végétant papillaire

Evolution : Bien portante en 47.

o o o O o o o

OBSERVATION N°17 : BU...-HO... ; 25 ans ; 1936.

Antécédents : Règles à 12 ans, 3 à 4 semaines, 4 jours.
Enceinte de 2 mois. Depuis 2 semaines, douleurs dans le bas ventre
qui ont déterminé l'entrée à l'hôpital.

Examen : Corps utérin anté-fléchi, dur devant lequel on palpe
une tumeur kystique du volume d'une pomme lisse qui est plus déve-
loppée à droite et bien mobile.

Opération : 26/3/36. Tumeur bleuâtre libre provenant du côté
gauche que l'on extériorise. La tumeur part du pôle libre de
l'ovaire et il reste encore un bon morceau d'ovaire. Ponction de
la tumeur qui contient un liquide verdâtre. Hémostase et section
du pédicule. Révision de l'ovaire droit qui présente un corps jaune.

Anatomo-pathologie : Kyste de la grosseur d'une mandarine,
avec formations polypeuses à l'intérieur.

Histologie : Kyste séreux avec début de végétations papil-
laires.

Evolution : Sort le 8/4/36 la grossesse continuant.

Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°18 : LI...-EMME ; 44 ans ; 1936.

Antécédents : Règles à 15 ans, 3 à 4 semaines, 5 jours.
Tumeur découverte à l'occasion d'une consultation pour pertes
blanches.

Examen : Utérus légèrement dévié à gauche, de consistance
normale, à droite et en arrière de lui, tumeur du volume du poing,
lisse; du côté gauche, rien de positif.

Opération : 14/4/36. Utérus est dévié à gauche. De côté droit
on sent une tumeur ovarienne complètement ovarienne. Du côté gauche
existe également une tumeur très molle kystique avec une trompe du
volume d'un doigt. Salpingo-ovariotomie droite, salpingectomie
gauche et résection partielle de l'ovaire gauche. Péritonisation.

Histologie : Kyste séreux banal avec quelques végétations
papillaires.

Evolution : Sort guérie. Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°19 : SC...-AR... ; 36 ans ; 1936.

Antécédents : Règles à 13 ans, 3 à 4 semaines, 3 jours. Pas de grossesse. Depuis 6 mois, douleurs dans le bas ventre principalement à droite.

Examen : On perçoit dans le bas ventre une tumeur irrégulière remontant à un travers de main au-dessus de la symphyse, assez dure à gauche, fluctuante à droite. L'utérus ne peut être exactement localisé.

Opération : 14/5/36. Après libération d'adhérences épiploïques on tombe sur un utérus anté-versé derrière lequel se trouve une tumeur grosse comme une tête de fœtus, irrégulière, provenant de l'annexe droite. Adhérence postérieure. En cherchant à libérer la tumeur elle est ouverte et laisse écouler un liquide sanglant et trouble. Ablation de l'annexe droite. A gauche, sakto-salpinx adhérent qui est libéré. L'ovaire gauche est normal. Ablation du sakto-salpinx laissant en place l'ovaire. Libération d'adhérences utérines, péritonisation.

Anatomo-pathologie : Kyste présentant à son intérieur des formations papillomateuses qui, nulle part, ne traversent la paroi.

Histologie : Tumeur végétante papillaire forme très végétante, mais ne présentant pas de dégénérescence

Evolution : Sortie guérie. Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°20 : SC...-LA... ; 58 ans 1/2 ; 1936.

Antécédents : Règles à 14 ans, 4 semaines, 3 jours. Ménopause à 46 ans. 4 accouchements normaux et une fausse couche. Depuis un an douleurs dans le bas ventre, augmentation de volume du ventre.

Examen : La partie inférieure de l'abdomen est occupée par une tumeur du volume d'une tête dont le pôle supérieur atteint l'ombilic. Surface irrégulière, par places élastique. Le corps utérin est difficile à sentir. Dans le cul de sac antérieur, on

sent une tumeur kystique, mobile, ronde, lisse. A droite, on sent une autre tumeur plus dure, difficile à limiter, qui est du volume d'un poing.

Opération : 20/5/36. On tombe sur une tumeur ovarienne légèrement bosselée, provenant du côté droit. L'utérus est petit, présentant quelques bosselures. L'annexe droite est libre, la trompe normale et l'ovaire un peu épais. Section du pédicule et ablation de la tumeur. Appendicectomie.

Anatomo-pathologie : Kyste multiloculaire avec contenu jaunâtre, dans plusieurs petit kystes on trouve des proliférations polypeuses.

Histologie : Kyste végétant papillaire banal.

Evolution : Vivante en 47.

o o o O o o o

OBSERVATION N°21 : ME...-BR... ; 29 ans ; 1936.

Antécédents : Règles à 14 ans, 3 à 5 semaines, 6 jours. Un accouchement normal. Depuis 6 mois, douleurs dans le bas ventre, son médecin diagnostique une tumeur, traitée sans succès par la diathermie.

Examen : Le bas-ventre est sensible, l'utérus anté-fléchi. La trompe droite est sensible, on perçoit à droite dans le douglas une tumeur de la grosseur d'un oeuf, dure. A gauche, trompe épaissie, ovaire perceptible.

Opération : 20/8/36. On tombe sur un utérus normal, anté-fléchi, trompe gauche normale, l'ovaire gauche contient de nombreux petits kystes. A droite, tumeur du volume d'un oeuf d'oie qui se détache du pôle latéral d'un ovaire par ailleurs sensiblement normal.

Libération de la tumeur qui s'est développée dans le mésovarien et résection. Ablation simultanée de la trompe droite.

Anatomo-pathologie : Dans la paroi du kyste, petites proliférations polypeuses.

Histologie : Kyste séreux présentant des bouquets de végétations papillaires.

Evolution : Sortie guérie.

Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°22 : HE...-LE... ; 36 ans ; 1936.

Antécédents : Règles 11 ans, 4 semaines, 8 jours. 2 accouchements normaux. Retard de règles d'une semaine et depuis 14 jours, douleurs brutales du côté droit.

Examen : Tumeur arrondie, peut-être solide, remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic du côté droit. Utérus anté-fléchi au-dessus de son bord droit, on sent la tumeur qui reste de 2 à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. L'annexe gauche n'est pas perçue.

Opération : 9/11/36. Epiploon très adhérent à la paroi antérieure que l'on doit lier et sectionner. On ne peut évacuer le contenu de la tumeur qui est très épais. Extériorisation de la tumeur qui vient de l'annexe gauche, ligature du pédicule et excision. Péritonisation, utérus normal, l'état de l'autre ovaire n'est pas noté.

Anatomo-pathologie : Tumeur plus grosse qu'une tête qui est faite de kystes grands et petits et contient des masses muqueuses.

Histologie : Kyste entéroïde végétant multiloculaire, ne présentant aucune dégénérescence.

Evolution : Sortie guérie. Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°23 : BL...-RA... ; 37 ans ; 1936.

Antécédents : Règles 4 semaines, 4 jours. Deux accouchements normaux, un accouchement prématuré. Depuis 6 mois, douleurs à la miction, dysurie. Augmentation de volume de l'abdomen.

Examen : On perçoit au-dessus de la symphyse une tumeur du volume du poing, à surface lisse. Corps utérin dévié à droite, on trouve en arrière et à gauche de lui une tumeur kystique.

Opération : 30/11/36. On tombe sur une tumeur bleuâtre du volume d'une tête de fœtus kystique et provenant de l'annexe gauche. Utérus dévié à droite, ovaire droit normal avec un corps jeune ancien. La tumeur est ponctionnée : un litre de liquide jaune légèrement trouble. On peut alors extérioriser la tumeur qui comporte d'autres kystes. Le pédicule est lié, la trompe reste en place. Péritonisation.

Anatomo-pathologie : Surface lisse. A l'intérieur, formations chevelues irrégulières. La capsule extérieure paraît persister partout.

Histologie : Tumeur végétante papillaire à stroma fibreux très développé et présentant donc l'aspect d'un adénofibrome polykystique. Le revêtement épithélial de ces cavités kystiques est souvent bourgeonnant mais on n'observe aucune rupture de la basale ni de polystratification ; pas de mitose, pas de dégénérescence maligne.

Evolution : Revue en 43 cliniquement parfaitement guérie.

Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°24 : MU...-WA... ; 59 ans ; 1937.

Antécédents : Ablation d'un goître il y a 13 ans. Règles 16 ans, 4 semaines, 4 jours. Ménopause à 50 ans. Jamais de grossesse. Augmentation de volume du ventre et constipation.

Examen : Tumeur kystique atteignant l'ombilic, utérus anté-versé indépendant de la tumeur qui paraît un peu irrégulière mais élastique.

Opération : 2/11/37. Tumeur bleuâtre qui est ponctionnée, liquide jaune verdâtre. La tumeur est multiloculaire et laisse écouler un liquide de consistance variable, la plus souvent pseudo-muqueux. Sur la paroi de la tumeur on voit des places saillantes qui peuvent faire penser à une dégénérescence maligne. Exérèse, il s'agissait d'une tumeur gauche, l'utérus est normal de même que l'annexe droite. Libération de quelques adhérences. Péritonisation. Appendicectomie.

Anatomo-pathologie : La paroi kystique à l'extérieur est lisse, en certains endroits la capsule est très épaissie et on trouve un tissu mou et blanchâtre.

Histologie : Kyste entéroïde multiloculaire typique

Evolution : Bon état en 43. Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°25 : SI...-SC... ; 36 ans ; 1937.

Antécédents : En 1928, hospitalisée à Zurich au Frauenspital pour une tumeur qui ne fut pas enlevée. Règles à 14 ans, 4 semaines, 5 jours, irrégulières depuis 1920. Un enfant mort depuis, pas de fausses couches. Depuis 9 mois, a remarqué l'augmentation de volume de son ventre, amaigrissement assez rapide, quelques douleurs à type de picotements. Depuis les dernières règles, il y a un mois, pertes foncées en permanence.

Examen : On voit et on sent une tumeur qui dépasse l'ombilic, col normal qui semble répondre à la tumeur sentie à l'extérieur, à côté d'elle dans le petit bassin, une tumeur dure grosse comme un oeuf de pigeon.

Opération : 15/3/37. Il s'agit d'une tumeur ovarienne. Le liquide qui en sort est pseudo-muqueux. La tumeur est en partie développée dans le ligament large et très adhérente. Elle est libérée ; en plusieurs endroits sortent de la tumeur des masses molles qui donnent l'impression de la malignité. L'utérus lui-même est de grosseur normale. Du côté droit, les annexes sont très altérées, hydro-salpinx et tumeur ovarienne dure. On pratique également l'exérèse de cette annexe. Pour faciliter la péritonisation l'utérus est également enlevé. Appendicectomie. Après l'opération dans le fond du Douglas, on trouve quelques petits noyaux durs, mais le péritoine pariétal et vicéral est partout libre.

Histologie : Volumineux kyste séreux avec bouquet de végétations papillaires très végétantes mais ne présentant aucune dégénérescence

Evolution : Sort guérie. Revue sans signes cliniques de récurrence en 43. Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°26 : ST...-FA... ; 31 ans ; 1937.

Antécédents : Règles 13 ans, 4 semaines, 6 jours. Depuis 2 ans, douleurs sacrées et dans le bas ventre, amaigrissement.

Examen : Tumeur de la grosseur d'une pomme au-dessus de la symphyse. Col normal, le corps utérin n'apparaît pas augmenté de volume et, devant lui, on palpe une tumeur lisse élastique, arrondie, indépendante de l'utérus qui paraît provenir de l'annexe droite.

Opération : 8/9/37. On tombe sur le pôle supérieur de la tumeur qui est pré-utérine. Elle est du volume d'une pomme libre, lisse, mobile et bien du côté droit. Utérus normal, ovaire gauche un peu gros, adhérent au ligament large. Ligature, ablation de la tumeur, péritonisation, appendicectomie.

Anatomo-pathologie : Kyste unique de grande taille rempli de masses muqueuses. A l'intérieur existent des formations polypeuses petites et grandes. A quelques endroits la paroi du kyste est sclérosée et hyalinisée.

Histologie : Tumeur végétante papillaire. Forme très végétante avec pénétration dans la paroi de néoformations kystiques végétantes mais pas de transformation maligne.

Evolution : Sort guérie. En 43 hospitalisée pour récédive possible ; amaigrissement, tumeur dans le Douglas, résistance du côté gauche. Il s'agissait seulement d'une annexite.

Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°27 : BE...-MU... ; 43 ans ; 1938.

Antécédents : Règles 19 ans, 4 semaines, 4 jours. Depuis 2 mois, douleurs dans le bas ventre.

Examen : On sent au-dessus de la symphyse une tumeur grosse comme le poing qui n'est pas sensible. Corps utérin légèrement déporté à gauche, rétro-fléchi, en avant du col, tumeur irrégulière de la grosseur d'une pomme relativement mobile et indolore.

Opération : 6/4/38. On tombe sur une tumeur médiane anté-utérine provenant de l'annexe gauche, de la taille d'une tête de fœtus. Elle est ponctionnée et il s'écoule une sérosité brun-jaunâtre. La trompe gauche est épaissie, l'utérus un peu plus gros que la normale, il existe un myome au niveau de la paroi postérieure. Hystérectomie supra-vaginale avec ablation de l'annexe gauche.

La tumeur pèse 140 grs., son contenu 170 gr., il s'agit d'un kyste bleuâtre, transparent.

Histologie : Kyste entéroïde multiloculaire

Evolution : Sortie guérie. Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°28 : HE...-SA... ; 40 ans ; 1938.

Antécédents : Opérée d'un goître en 1919, appendicite en 1934. Règles 12 ans, 4 semaines, 3 jours. 2 enfants. Depuis le dernier accouchement, incontinence partielle, léger prolapsus.

Examen : Léger prolapsus. Dans le Douglas, tumeur du volume d'un citron, lisse élastique, immobile, un peu sensible. L'utérus est difficile à limiter.

Opération : 28/7/38. Amputation du col, colporrhaphie antérieure, périnéorrhaphie. Dans l'abdomen, on trouve dans le douglas un kyste à parois lisses, uniloculaire, formé aux dépens de l'ovaire droit. Ablation de l'annexe droite. Du côté gauche, adhérence mais ovaire normal. Stérilisation par ligature et résection de la trompe gauche ventrofixation.

Anatomo-pathologie : Le kyste est rempli d'un liquide jaune clair, sa surface est lisse, la paroi est très mince. Le revêtement interne est lisse en majeure partie, mais en plusieurs endroits existent des proliférations en chou-fleur.

Histologie : Kyste végétant papillaire

Evolution : Vivante et en bon état clinique en 47.

o o o O o o o

OBSERVATION N°29 : BO...-FR... ; 48 ans ; 1938.

Antécédents : Règles 17 ans, 4 semaines, 3 jours, ménopause à 46 ans. Deux accouchements normaux. Depuis un mois brûlures et douleurs au niveau des organes génitaux externes. Examen à cette occasion.

Examen : Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, surface lisse et consistance dure. Le corps utérin est surmonté par la tumeur et on perçoit à gauche de la ligne médiane l'utérus augmenté de volume et légèrement irrégulier. A droite, un nodule gros comme le poing, très dur, mobilisable avec l'utérus. La tumeur du côté gauche atteint la hauteur de l'ombilic.

Opération : 23/8/38. Ascite. Il s'agit d'une tumeur ovarienne qui est facilement extériorisée. Section du pédicule. Libération d'adhérences. La tumeur provient du côté gauche. Une seconde tumeur est faite d'un conglomérat d'anses grêles. L'une de ces anses adhérentes contient un corps étranger dont la nature ne peut être précisée, qui est laissé en place. L'utérus est normal et complètement libre de même que l'annexe droite.

Anatomo-pathologie : Tumeur en partie kystique limitée par une capsule assez dure, lisse à l'extérieur. Sous la capsule, en plusieurs endroits, la paroi est épaissie par des noyaux arrondis. Il s'agit d'un kyste multiloculaire avec des masses en décomposition et un liquide brunâtre. Les parois sont en partie lisses et amincies en d'autres endroits épaississement de la paroi qui peut atteindre 10 cm. Les parois montrent des végétations en chou-fleur dans la lumière. Certains fragments de tissu sont libres dans la cavité du kyste.

Histologie : Epithélioma cylindrique présentant par endroits une structure pseudoglandulaire végétante et infiltrante et ailleurs un aspect diffus complètement atypique dans lequel on retrouve cependant des ébauches d'organisation glandulaire. Les mitoses sont rares.

Evolution : Sort guérie. Revue en 42 sans signe clinique de récurrence. Vivante en 49, pas de récurrence.

OBSERVATION N°30 : HE...- 30 ans ; 1931

Antécédents : Réglée à 11 ans, 4 semaines, 7 jours. Pendant l'hiver 29-30, amaigrissement, augmentation de volume de l'abdomen, constipation. Tumeur remontant à mi-hauteur entre ombilic et appendice xyphoïde.

Opération le 19/4/30 : utérus petit normal, annexe droite normale, (ovaire simplement deux fois plus gros que la normale), la tumeur vient de l'ovaire gauche, ponction : 5 litres de liquide brunâtre pseudo-muqueux. Ponction d'une seconde poche : 1/2 litre de liquide clair muqueux. Extériorisation de la tumeur, ligature et section de son pédicule. Péritonisation. La révision de l'ovaire droit montre qu'il présente plusieurs kystes. Utérus libre de grosseur normale.

Anatomo-pathologie : Tumeur multiloculaire, en quelques endroits la paroi présente des élévations bosselées et chevelues grosses comme une pièce d'un centime. Histologiquement, on ne trouve nulle part d'infiltration d'épithélium. La paroi interne est partout lisse. Kyste multiloculaire bénin.

En 1931, constipation chronique, on constate une tumeur de l'ovaire droit.

Examen : Tumeur développée transversalement, élastique, utérus antéfléchi dévié un peu vers la droite, surmonté par la tumeur.

Opération : 13/7/31. Libération d'adhérences. Ponction : liquide pseudo-muqueux, sous pression. Aussi bien à la surface qu'à l'intérieur se trouvent des excroissances papillaires, ligature des pédicules, libération des adhérences, péritonisation. L'exploration montre que le péritoine viscéral et pariétal est libre de métastases, mais on trouve dans l'épiploon quelques nodules de la grosseur d'un noyau de cerise. On en prélève un.

Anatomo-pathologie : Tumeur multiloculaire, paroi tantôt lisse, tantôt excroissance papillaires. En plusieurs endroits on trouve à la surface des formations papillaires qui ont en partie traversé la paroi.

Histologie : Tumeur végétante papillaire à prolifération très active avec infiltration du stroma par des formations pseudo-glandulaires végétales.

Pas de radiothérapie post-opératoire.

Evolution : Admise de nouveau le 18/2/32. Violentes coliques intestinales. L'examen montre à ce moment seulement deux nodules durs d'une taille de noisette dans le douglas. Radiothérapie.

Admise de nouveau le 16/6/32. Mêmes douleurs.

Traitement symptomatique. Transférée en chirurgie le 4/8/32. Décès, pas d'autopsie.

OBSERVATION N°31 : RE...-KA... ; 55 ans ; 1937.

Antécédents : Règles 15 ans, 4 semaines, 4 jours. Ménopause à 52 ans. Depuis 4 mois, augmentation de volume de l'abdomen, très accentuée les derniers temps.

Examen : Abdomen très augmenté de volume, paroi très tendue à travers laquelle on ne peut percevoir de détails nets. L'utérus est rétro-fléchi. Tension du douglas lorsqu'on appuie sur l'abdomen.

Opération : 22/7/37. On tombe sur la vessie qui est attirée vers l'ombilic. Après une blessure vésicale qui est réparée, on pénètre au voisinage de l'ombilic dans la cavité péritonéale. 9 litres d'ascite. L'exploration montre une tumeur arrondie plus grosse qu'une tête humaine du côté droit et du côté gauche, une seconde tumeur de la grosseur du poing. Entre les deux se trouve un utérus atrophique. Le péritoine pariétal montre de nombreux nodules qui se retrouvent également sur l'anse sigmoïde. En raison des adhérences, on ne peut faire de prélèvement en dehors de la surface de la plus grande tumeur. Elle est ouverte au cours du prélèvement et il s'écoule un liquide un peu trouble et abondant. La paroi est par place épaisse et en d'autres endroits amincie. A l'intérieur se trouve un contenu friable. On prélève un fragment de la tumeur pour histologie. Les deux tumeurs paraissent venir des ovaires. On ne peut songer à une extirpation.

Histologie : Tumeur végétante papillaire dégénérée en épithélioma très végétant mais encore peu infiltrant.

Evolution : Sortie le 7/8/37. Décédée en Mai 1939 de cachexie.

o o o O o o o

OBSERVATION N°32 : BE...-MU... ; 49 ans ; 1937.

Antécédents : Règles 13 ans, 4 semaines, 3 jours, 3 enfants. Irrégularités menstruelles depuis quelques mois. Hémorragie ininterrompue depuis 14 jours.

Examen : Utérus anté-fléchi un peu gros. Tumeur dure du côté droit à droite duquel se trouve une tumeur bilobée dure qui remonte jusqu'à mi-distance de l'ombilic.

Opération : 13/7/37. On tombe sur une tumeur qui comprend 3 parties de la grosseur d'une pomme. L'une d'elles est kystique, adhérente à l'intestin dont elle est libérée. Ecoulement d'un liquide sanglant. La tumeur principale provient de l'utérus. Du côté droit, l'utérus est libre. Hystérectomie supra-vaginale avec ablation des annexes gauches. Excision de deux appendices épiploïques, car après l'ablation du kyste ovarien, on trouve des petits fragments friables dans le péritoine qui font penser au contenu d'un kyste ovarien dégénéré. Péritonisation. Appendicectomie.

Histologie : Epithélioma végétant papillaire atypique en partie nécrosé et secondairement infecté, mais avec greffe néoplasique au niveau de l'endomètre.

Evolution : Admise de nouveau le 16/8/37. Examen négatif, irradiations. Vivante en 49.

o o o O o o o

OBSERVATION N°33 : GR...-MA... ; 42 ans ; 1937.

Antécédents : Règles 13 ans, 4 semaines, 4 jours. Un accouchement normal. Depuis quelques mois, douleurs dans l'abdomen, constipation.

Examen : On perçoit une tumeur du volume d'une tête d'enfant élastique, un peu sensible. Utérus en anté-flexion. Du côté gauche, tumeur du volume d'un oeuf d'oie. Du côté droit, derrière le col, une tumeur dure qui se prolonge en avant du col.

Opération : 16/3/37. Epiploon adhérent à la paroi antérieure qui est libéré. Petite quantité d'ascite. On tombe sur une masse tumorale irrégulière. Du côté gauche on réussit à libérer la tumeur dont le pédicule est lié et sectionné. On libère et on enlève de même la tumeur du côté droit. Péritonisation. L'exploration de la cavité péritonéale montre partout des noyaux péritonéaux dans le douglas sur la paroi antérieure et postérieure, sur le foie...

Anatomo-pathologie : A l'extérieur des deux tumeurs on voit des formations polypeuses molles.

Histologie : Epithélioma végétant papillaire typique.

Radiothérapie post-opératoire. .

Evolution : Admise de nouveau en Juin pour irradiations. Examen à ce moment : du côté droit, résistance molle du volume d'un petit oeuf, rien à gauche.

Admise de nouveau le 26/1/38. Depuis l'automne, mauvais appétit, douleurs dans le bas ventre. On perçoit derrière l'utérus, à droite, une petite tumeur du volume d'un poing. Radiothérapie. Le 1/4, évacuation de 7 litres d'ascite, le 17/5, 4 litres. Radiothérapie.

Mort, le 28 Mai.

Autopsie : Péritonite cancéreuse 600 cc. d'exsudat. Aucune métastase au niveau des ganglions abdominaux. Nombreuses adhérences. Pleurésie cancéreuse.

OBSERVATION N°34 : 30...-37... ; 55 ans ; 1935.

Antécédents : Règles à 17 ans, 4 semaines, 3 jours. Ménopause à 53 ans. 3 accouchements normaux, un avortement au 4^e mois. Douleurs dans le ventre depuis 2 semaines. Le ventre est devenu plus gros.

Examen : Abdomen augmenté de volume, examen difficile en raison de l'épaisseur de la paroi, on a le sentiment d'une tumeur relativement molle dépassant de 3 travers de doigt l'ombilic. L'utérus paraît en avant, on ne perçoit pas au toucher le pôle inférieur de la tumeur.

Opération : 12/II/35. Après ouverture du péritoine, s'écoule un peu d'ascite. L'exploration du petit bassin montre une tumeur de la taille d'une tête dont le pôle supérieur est libre. La partie basse est adhérente et paraît plus dure. L'utérus myomateux est du côté droit. La tumeur vient du côté gauche. Son pôle supérieur est ponctionné, il s'écoule un liquide sanglant avec des petits fragments qui semblent indiquer un début de malignité. On libère de proche en proche des adhérences, on lie le pédicule et on péritonise.

L'annexe droite ne paraît pas altérée, mais il existe des adhérences ; cure chirurgicale d'une hernie ombilicale.

Anatomo-pathologie : Extérieurement la paroi du kyste est lisse, cependant, par places, existent de petites formations polypeuses ayant traversé la paroi. C'est en particulier à la place de l'ovaire et de la trompe que ces formations végétantes sont trouvées.

Histologie : Epithélioma végétant papillaire typique.

Evolution : Sort le 30/II/35. Phlébite bilatérale à son retour chez elle.

Admise à nouveau en 1937. Depuis 6 semaines, présente de nouveau des douleurs, un peu d'amaigrissement.

Examen : Utérus médian. Du côté droit une tumeur du volume du poing, un peu irrégulière, arrivant à mi-hauteur de l'ombilic, dépassant peu la ligne médiane.

Opération : 26/5/37. On tombe sur un kyste multiloculaire dont le pôle supérieur est libre alors que son pôle inférieur est adhérent avec les organes du petit bassin. Ces adhérences sont libérées aussi bien que possible, on libère le ligament suspenseur de l'ovaire et on le lie, puis le kyste est enlevé par morceaux et en particulier plusieurs parties qui adhèrent fortement au feuillet postérieur du ligament large. On ne peut tout extirper.

Histologie : Même aspect histologique que sur la première coupe.

Evolution : A été hospitalisée à nouveau en 1938 pour une hémorragie. Curettage explorateur, pas de cancer. Sort le 2/4/38.

Décédée 3 ans et un mois après la première opération, pas d'autopsie - affection non cancéreuse.

OBSERVATION N°35 : RI...-BO... ; 48 ans ; 1935.

Antécédents : Règles à 16 ans, 4 semaines, 3 jours. Un accouchement normal. Depuis 3 semaines, perte de l'appétit, douleurs dans le bas ventre, constipation, augmentation de volume du ventre. Dysurie. Amaigrissement.

Examen : Tumeur dure, remontant un travers de main au-dessus de la symphyse. Tout le petit bassin est rempli par cette tumeur bosselée et irrégulière qui plonge presque jusqu'au plancher périnéal.

Opération : 15/3/35. Il s'agit d'une tumeur ovarienne dont le pôle supérieur est irrégulier et bosselé. Adhérente dans le petit bassin. Elle est libérée très difficilement de ces adhérences. Elle provient de l'ovaire gauche. Sur la surface du péritoine pariétal et viscéral et sur l'épiploon, comme sur la surface de la tumeur, on trouve de petits nodules durs et blanchâtres. L'ovaire droit non plus n'est pas normal, il est du volume d'un oeuf d'oie et, à sa surface, se trouve des proliférations dures, blanches et nodulaires. Ablation de l'annexe gauche et de l'ovaire droit.

Anatomo-pathologie : Tumeur du volume d'une tête multiloculaire dont les cavités sont remplies de masses tissulaires gris rougeâtre, de consistance molle par endroits nécrotiques.

Histologie : Epithélioma végétant papillaire infiltrant et passant à l'atypie.

Irradiations post-opératoires, deux champs abdominaux et deux champs dorsaux selon Coutard, du 25/3 au 11/4.

Evolution : Admise de nouveau le 29/7 : utérus en rétro-flexion de chaque côté duquel on trouve à droite et à gauche des tumeurs du volume d'un oeuf. Irradiations en champ périnéal.

Décédée en 1936, cachexie cancéreuse.

o o o O o o o

OBSERVATION N°36 : VO...- 60 ans ; 1931.

Antécédents : Règles à 14 ans, ménopause à 50 ans. Depuis 6 mois douleurs dans le bas ventre du côté gauche, petites pertes sanglantes. Amaigrissement. Augmentation de volume de l'abdomen.

Examen : Abdomen augmenté de volume par une tumeur élastique remontant au voisinage de l'ombilic, utérus difficile à isoler. En avant et à droite du col on sent le pôle inférieur dur de la tumeur.

Opération : I8/3/31. Un peu de liquide brun jaune dans le péritoine. Tumeur libre qui est ponctionnée, un litre de liquide filant brun foncé. L'utérus est un peu gros et en raison des hémorragies on décide l'hystérectomie. Du côté droit on laisse en place la trompe et l'ovaire. En coupant le col s'écoule du tissu cancéreux. On décide une hystérectomie totale.

Anatomo-pathologie : Tumeur du volume d'un poing, le tissu cancéreux n'a traversé la paroi en aucun endroit. L'utérus montre dans sa paroi une tumeur nécrotique qui a pénétré dans la cavité mais qui est relativement bien limitée au niveau du myomètre du corps. Au niveau du col, la limitation n'est pas nette.

Histologie : Epithélioma végétant papillaire typique.

Irradiations post-opératoires du 28/3 au 31/3 (3 champs).

Evolution : Admise de nouveau le 20/9/32.

Depuis 15 jours douleurs dans le rectum, sang dans les selles et de temps à autre sang dans l'urine.

Examen : On sent, à gauche, au toucher, une résistance irrégulière. On sent mieux par le toucher rectal une tumeur du volume d'un petit poing kystique sur le bord gauche de laquelle est perçue une résistance du volume d'un petit oeuf bosselé qui atteint presque la paroi pelvienne.

Traitement : radiothérapie, deux champs abdominaux, un champ dorsal.

Sortie le 20/10.

Admise à nouveau le 20/3/33.

Décédée le 14/4/33.

Autopsie : Carcinose généralisée. Carcinose de tout le petit bassin avec nécrose étendue, pénétration de la tumeur dans la vessie. Envahissement de l'uretère gauche surtout, mais des deux uretères. Métastase au voisinage de l'urètre. Au niveau de l'ovaire droit du signal de plusieurs métastases dans le colon ascendant, le colon transverse, l'intestin grêle et l'épiploon. Métastase hépatique splénique et dans les deux poumons. Métastases péritonéale et pleurale. Envahissement et traversée du diaphragme.

OBSERVATION. N°37 : WE...- 52 ans ;. 1932.

Antécédents : En 1929, hémorragies de la ménopause, irradiations. On trouva alors un utérus du volume d'une pomme et une tumeur annexielle droite du volume d'une mandarine. Régulée à 13 ans, pas de grossesse. Depuis l'irradiation reprise d'hémorragies irrégulières pendant toute l'année 1930. Léger amaigrissement, augmentation de volume du ventre et récemment rétention d'urine.

Examen : On sent une tumeur bosselée, atteignant presque l'ombilic, prédominant à droite. Au-dessus de l'entrée du petit bassin, on sent encore une tumeur dure du volume d'un oeuf. L'utérus en anté-flexion se laisse isoler de la tumeur qui est à droite et au-dessus de lui.

Opération : 5/3/31. Tumeur kystique dépendant de l'annexe droite. Ponction, liquide brun rouge, un litre 1/2. Le pôle inférieur de la tumeur est adhérent dans le petit bassin aussi doit-on d'abord pratiquer l'hystérectomie. Ablation simultanée de l'ovaire gauche. On peut alors libérer la tumeur, péritonisation, appendicectomie.

Anatomo-pathologie : Au niveau de l'utérus polype pédiculé. Au niveau de l'ovaire droit, tumeur en partie kystique, en partie formée par des masses jaunâtres.

Histologie : Epithélioma végétant papillaire typique.

Irradiations post-opératoires, sort le 30/3/31.

Evolution : Admise de nouveau le 14/10/31. Nouvelles irradiations, pas de récédive décelable.

Admise à nouveau le 23/12/31. Résistance kystique du volume d'un oeuf d'oe à droite.

Nouvelle intervention le 31/12/31. Il est très difficile d'entrer dans le péritoine, ouverture d'une anse grêle. Les adhérences sont telles qu'il est impossible de s'orienter. A travers les adhérences on sent en profondeur une tumeur dure et bosselée, on ne peut songer à une extirpation.

Sortie le 19/1/32. Admise à nouveau le 16/3/32 jusqu'au 31/5/32, envahissement du petit bassin dur et irrégulier. Irradiations, sortie le 31/5/32.

Décedée en Octobre 1932....

OBSERVATION N°38 : VO...-AC... ; 56 ans ; 1933.

Antécédents : Règles à 14 ans, ménopause à 55 ans. 2 accouchements normaux. Depuis 2 semaines, douleurs sacrées. Augmentation de volume du ventre depuis 2 mois.

Examen : Tumeur perceptible en partie dure, en partie kystique remontant au voisinage de l'ombilic. Utérus semble être en avant d'elle juste derrière la symphyse. Infiltration du paramètre droit.

Opération : 21/3/33. Ascite assez abondante. On ne peut ponctionner la tumeur, on cherche à vider les très nombreuses parties kystiques, mais malgré cela l'exploration est très difficile. L'utérus tout petit est en antéflexion, l'ovaire droit est occupé par un noyau gros comme un oeuf de poule avec de nombreuses adhérences. La tumeur principale vient du côté gauche, elle contracte de telles adhérences avec les anses intestinales qu'on ne peut songer à l'extirpation. Pas d'altération du péritoine pariétal, pas de métastase ganglionnaire dans le territoire aortique.

Anatomo-pathologie : L'examen d'un petit fragment prélevé en cours d'opération montre qu'il s'agit d'un kyste multiloculaire avec de nombreuses papilles.

Histologie : Epithélioma végétant papillaire.

Un fragment prélevé sur le péritoine montre qu'il s'agit d'une métastase de la tumeur.

Irradiations : Pas d'irradiations post-opératoire.

Evolution : Nouvelle entrée le 6/2/34. Tout le petit bassin est rempli par la tumeur, traitement symptomatique.

Décédée le 27/4/34.

Autopsie : Péritonite carcinomateuse avec envahissement du douglas du petit bassin, kyste papillaire dégénéré bilatéral prédominant du côté gauche, pénétration de la tumeur dans la cavité utérine. Envahissement des ganglions inguinaux iliaques para-aortiques. Envahissement de l'épiploon, métastase hépatique Hydrothorax du côté gauche.

o o o O o o o

OBSERVATION N°39 : BE...-SC... ; 54 ans ; 1933.

Antécédents : Opérée il y a 20 ans, kyste de l'ovaire. Pas d'autres précisions. Règles 18 ans, 4 semaines, 8 jours. 3 accouchements, 2 fausses-couches. Depuis 4 semaines, sensation de tension dans le bas-ventre, dysurie.

Examen : Abdomen très augmenté de volume, ascite, utérus antéfléchi, dur, le paramètre gauche est nettement infiltré, résistance bosselée dans le cul de sac postérieur.

Opération : 15/8. Ascite claire 3 à 4 litres, nodules milairés sur le péritoine pariétal. Tumeur kystique noueuse sortant du petit bassin dont le pôle supérieur paraît relativement libre. Aspect bleuté. Le pôle inférieur de la tumeur est très adhérent dans le petit bassin. L'utérus serait inclus dans la masse tumorale. L'étendue des adhérences rend l'orientation très difficile. Au cours des essais de libération, la tumeur se rompt laissant écouler un liquide bleu rouge. Il existe au-dessus de la tumeur une portion pédiculée qui est enlevée. On voit alors que le sigmoïde porte aussi des petits noyaux. L'épiploon est complètement infiltré. On ne peut songer à l'ablation de la tumeur restante.

Anatomo-pathologie : Tumeur du volume d'une pomme qui, par endroits, a une paroi lisse assez dure. En d'autres endroits, en particulier vers l'intérieur, masses jaunâtres friables, parfois chevelues. Il existe des formations polypeuses en quantité plus réduite aussi sur la paroi externe.

Histologie : Epithélioma cylindrique végétant papillaire typique.

Evolution : Ponction de 3 litres d'ascite le 29/9.

Morte le 4/10.

Pas d'autopsie.

o o o O o o o

OBSERVATION N°40 : FR...- 38 ans ; 1933.

Antécédents : Règles à 17 ans, 4 semaines, 4 jours. Deux accouchements normaux. Depuis 15 jours, crampes douloureuses des deux côtés du bas ventre.

Examen : Corps utérin en légère antéflexion, un peu dévié à droite, à gauche en arrière de lui, on sent une tumeur molle du volume d'un petit poing dont le pôle supérieur est nettement limité. La tumeur atteint en arrière le bord droit de l'utérus. Au bout de 2 semaines d'observation, la tumeur paraît avoir grossi et pris une consistance kystique. On pense à la possibilité d'une grosse extra.

Opération : 15/12/32. Liquide trouble dans le péritoine. Il existe une tumeur du côté gauche, du volume du poing, très adhérente. Utérus petit et en antéflexion. A droite la trompe est

normale, l'ovaire du volume d'un petit oeuf présente de multiples petits kystes. En cherchant à libérer la tumeur, sa paroi est rompue et il s'écoule la sécrétion purulente dans le péritoine. Il semble s'agir d'un kyste d'ovaire gauche avec un contenu partiellement suppuré, partiellement sanglant. Mais en certains endroits la paroi est épaissie et présente des papilles si bien qu'on pense qu'il s'agit d'un cancer. Ablation de l'annexe droite et de l'annexe gauche. Péritonisation.

Anatomo-pathologie : Du côté gauche, tissu mou chevelu avec des nodules blanchâtres et durs.

Histologie : Ovaire droit : ovaire scléro-kystique. Ovaire gauche : épithélioma végétant avec infiltration pseudo-glandulaire.

Irradiations : Irradiations post-opératoires selon Coutard du 4/1/33 au 18/2/33, jour de la sortie.

Evolution : Admise à nouveau en Septembre 1935. Depuis Mars 35, pertes tantôt sanglantes, tantôt purulentes. En dehors de cela depuis la sortie de l'hôpital bon état. Examen négatif en particulier uterus petit en antéflexion.

Curettage le 24/9 qui montre un épithélioma cylindrique végétant du même type que le précédent.

Opération le 7/10. Hystérectomie totale abdominale, au cours de laquelle on constate que les paramètres sont libres.

Anatomo-pathologie : L'examen de l'utérus montre un noyau de la paroi de l'utérus jaunâtre mal limité.

Histologie : Epithélioma cylindrique végétant et infiltrant du corps de l'utérus.

Evolution : Sortie le 2/II/35 en bon état. Morte en 1940 de cachexie cancéreuse.

o o o O o o o

OBSERVATION N°41 : IAN... ; 15 ans ; 1933.

Antécédents : Régulée à 14 ans, 4 semaines, 4 jours. Opérée le 27/9/33 avec le diagnostic d'appendicite : tumeur de l'ovaire droit du volume d'une tête de fœtus, nécrosée et éclatée en un point avec caillots sanglants et masses gélatineuses dans le péritoine. Ablation totale de la tumeur.

Histologie : Epithélioma atypique dérivé d'une tumeur végétante entéroïde

B I B L I O G R A P H I E

BIBLIOGRAPHIE

AIMES

Sur les tumeurs papillaires de l'ovaire.
La Gynécologie : Mai 1912

ALI-SAADATE

Les tumeurs malignes de l'ovaire au point de vue
diagnostic et thérapeut.
(Thèse 1935-1936 Lyon)

ANDERSON

Lupse Rappoport :
Papillary clear cell adenocarcinoma
Am. j. obst. and gyn. 58/537-543/Sept.49

BAKSHI

Über pseudomaligne und Scheinbar inoperable papilläre
ovarial tumoren
(Zentralblatt für Gynäkologie LVI 1932 p.1996)

BELL BET ET DATNOW

Ovarien neoplasms : some points in their pathology
chemical factures and treatinents
American journal of cancer New-York Mai 1932 N°3
p. 439-460

BERNSTEIN

Tumeurs de l'ovaire : Etude sur 101 cas d'opérations
American Journal of Obstetrics and Gynecology
1936 Décembre N°6
ou Journal de Chirurgie Mai 1937 p. 807-808

BOSCARDIN

Papilliferous tumors of epithelial origine
Bol. Sam. São Lucas 7/103-II2/Janv.46

BONAMY ET GONDE

Kyste de l'ovaire végétant malin à évolution ultra-
rapide après opération.
Société des chirurgiens de Paris 15 Oct. 1937.

BOUILLY

Le Pronostic des kystes végétants des ovaires
XI Congrès de chirurgie Paris p. 894.

BOURSIER

Précis de Gynécologie 3^e édition Doin 1925.

BAECKMANN

Sur l'histologie et la clinique des tumeurs papillaires de l'ovaire.
Archiv fur gynäkologie 22 Juin T. CLXIV p.69-88.

CAPIAUX

Maladie gélatineuse du péritoine
Thèse Lille 1937.

MAC CARTY (R.B.)

Histogenesis and tendency to bilaterality of papillary ovarian cysts.
Surgery gynecology and obstetrics 1932 T. LIV.

CASSOLA

Il connettivo di sostegno nel papilloma vegetante dell' "ovaio".
Archivio ostet et gin. Naples 1925 T.I2 p.438.

CHARBONNEL ET MASSE

Kystes papillaires de l'ovaire. Généralisation au péritoine. Evolution de 7 ans.
Bulletin des Sociétés d'obst. et de gynéco. 1935
T.XXIV p.559.

CROMER

Papillary cystadenocarcinoma
M. Ann. District of Columbia 15/425-428/Sept.46.

DAMBRIN

Volumineux kyste colloïde dégénéré de l'ovaire droit chez une femme opérée 10 ans auparavant d'un kyste mucoïde de l'ovaire opposé.
Bulletin des Sociétés d'obst. et de gynéco. 1933
T.XXII p.260.

DARTIGNES ET GRESSET

Fibromes et kystes végétants des ovaires.
Néoplasmes Paris 1925 T.4 p.5.

DAVEO NEGREL MEILLAND

Epithélioma végétant de l'ovaire et grossesse.
Bull. Fed. soc. gyn. et obs. 3/293-294/51.

DEAVER

Papillary cyst carcinoma of the ovary
Journal American Medecins Association 1928.
T.91 p.1008.

DECLAIR FAYET

Précis de radiothérapie gynécologique. Doin 1928.

DEGARDIN

De tumeurs végétantes de l'ovaire.
Paris 1900-1901 T.I7 p.684.

DE LHERM

Nouveau traité d'électro-radiothérapie. Masson éditeur

DIEULAFAE

A propos de la guérison spontanée des greffes péritonéales d'un cancer ovarien.
Mémoire de l'Académie de chirurgie. T.71 p.472.
ou Toulouse Mécidal 1946. T.47 N°3 p.140-147

DIEULANGARD

Valeur des critères anatomiques et cliniques dans la cure chirurgicale des tumeurs ovariennes.
Gyn. et Obs. T.43 1943.

DIEULANGARD

Les tumeurs de l'ovaire à étude clinique et thérapeutique.
Thèse Marseille 1943.

DIEZ A.

Quistes papilares del ovario
Rev. obs. y ginec. Caracas 9/182-185/1949.

DONAY

Traitement des kystes végétants de l'ovaire par la Curiothérapie et la Roentgenthérapie.
Bulletin des Sociétés d'obs. et de gynéco. Juin 1938 N°1

DREYFUS

Tumeurs malignes primitives de l'ovaire.
Thèse Paris 1906-1907.

ESTOR

Kystes végétants de l'ovaire.
Gazette des hopitaux T.79 p.483 en 1906.

FAURE ET SIREDOY

Traité de gynécologie médicochirurgicale. Doin 1928.

FERNANDEZ-COLMEIRE

L'épithélioma papillaire de l'ovaire peut reproduire le tableau clinique dit syndrome de Demons Meigs.
Presse Médicale 60/736-738/ Mai 14-52.

FIGARELLA

Tumeurs malignes de l'ovaire.
Archives de Médecine générale et coloniale
Marseille 1936.

GIASNOW

Histologie und histogenésis der sôgeilic épitheliolen
(Serösen) Cystome der ovarien.
Arch. fur Gynäkologie T.CIXIV 1937.

GODLEWSKI

Epithélioma germinatif papillaire de l'ovaire.
Bulletin Société Obst. et gynéco. T.XXII 1933.

GAUDRAULT

Papillary cystadenocarcinoma of both ovaries ; case
with apparent cure 8 years after operation.
New England j. med. 239/56-57/July 8-48

GRIMOND

Traitement des tumeurs malignes de l'ovaire.
Sud Medical et Chirurgical 1946 T.78 p.36-38

GUCCI

Supra un caso di papilloma metastati perita neali et
intestinali regredita dopo la ovariectomia.
Clinica obstet 1927 N°5.

GUENOT Germaine

T.V. de l'ovaire ; considérations sur le diagnostic
précoce.
Thèse Paris 1947.

HAMMERSCHIAG

Tränben für miger ovarialtymor.
Zent fur gynäkologie 1933 T.IVII.

HE INAMM

Maligne Banal und metaste 8 janre nach operation lives
gutartüges ovarial tumors.
Archiv fur gynäk. 1930 T.CXLI p.147.

HOLTZ F. (Stockholm)

Superficial papilloma of ovaries.
Nord. med. 43/ 876-877/ May 26-50.

JEANNENY ET ROSSET BRESSAND

Kystes végétants de l'ovaire avec appendicite conco-
mittante.
Bulletin Société d'obst. et gynéco. 1930 T.XIX.

JONES FH

Papillary cystadenocarcinoma.
American Journal of Surgery.

KEILLER

Tumeurs kystiques papillifères des 2 ovaires avec métastases ganglionnaires.
Bulletin Société obst. et gynéco. 1929 p.77

KLEINE

Über eine bisher nicht beschriebene Art von Eiertackgeschwülsten jüngerer Verhornende Adenopapillome.
Zentralblatt für Gynäkologie 1937 T.IXVI.

LAFFONT ET PETIT

Encyclopédie médico-chirurgicale.

LAFFONT ET MANGE

Epithélioma Wolffien dans un kyste du paraovaire.
Bulletin Société d'obst. et de gynéco. 1932
T.XXI p.124

LAPAYRE ET ESTER

Tumeurs végétantes des ovaires et tuberculose tubaire.
Bulletin Société obst. et de gynéco. 1934
T.XXIII p.311

LATZKE

Beitrag zur Kenntnis der Klinik und Histologie
der Adenocystoma pseudomucinosum ovarii malignum.
Archiv für Gynäkologie. T. CLIV 1933 p.574

LA FILLIATRE

Hystérectomie abdominale subtotale pour fibromyome
avec conservation de l'ovaire. Kyste muqueux multiloculaire de cet ovaire.
Journal de Médecine de Paris Novembre 1930.

LEBRET

Considérations sur le pronostic des tumeurs kystiques
végétantes des ovaires.
Thèse Paris 1947

MASSON

Diagnostic de laboratoire. Tumeurs : diagnostic histologique. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.
Maloine 1923 T.XXVII Paris.

MASSON ET HAMRICH

Pseudomucinom cysto adenome.
Surgery gyn. and obst. 1930 T.L p.752.

MATHIEU Jacques

Pronostic anatomo clinique des tumeurs malignes de l'ovaire, épithélioies et primitives.
Lyon thèse I938-37.

Etat actuel du pronostic des tumeurs épithélioies et primitives de l'ovaire.
La gynécologie Février I939.

MEISER

Clinique et anatomie pathologique de la tumeur papillaire de l'ovaire.
Zent fur gyn. N°I5. I2 Av. 94I.

MOCQUOT

Aperçu clinique sur les tumeurs malignes primitives de l'ovaire.
Bulletin médical LI I933 p.I03.

MOENCH

A clinical study of 403 cases of adenocarcinoma of the ovary papillary cystadenoma carcinomatosis cystadenoma and solid adenocarcinoma of the ovary.
American Journal of obstetrics and gyneco. I933
T. XXVI.

MORTON

Prognostic of malignant papillary cystic tumors.
West Journal of surgery T.47 p.393-397. July I939.

MOULONGUET

Diagnostics anatomo-cliniques de Lecène.

MUSSET ET NUOVE

Une observation de T.V. de l'ovaire reconnue et traitée précocement grâce à la méthode des frottis vaginaux.
Bulletin association gyn. et ob s. 2/408-4II/50.

NATALE

Contributo clinico allo studio dei tumori papilliferi dell ovario.
Tumori seri 2 p.552-6I7.

NETTER

"Gynécologie" de la collection médico-chirurgicale à révision annuelle. Flammarion éditeur.

PAPIN

Tumeur de l'ovaire.
Journal de Médecine de Bordeaux I935 p.8II.

PFANNENSTIEL

Archives fr. gyn. 1895 t. XLVIII

PHANEUF

Malignant papillary adenocystoma of right ovary with metastasis to cervix.

American Journal of surgery 1930 Tx p.352.

PHILIPPE

Contenu hormonal des kystes et néoformations de l'ovaire.
Mars 1934. Zeitung gebur und gyne. T.58.

POSATTI

Zur page der peritonealem generaliesemy gutartiger
ovarial papillome.

Zut fur gynak. 1935 T.LIX p. 28-64.

ROUBIERE ET DE CHAMALEILLES

Pachypleurite cancéreuse consécutive à un kyste de
l'ovaire dégénéré.

Lyon Médical 1930 T.CXLVI p.543.

SCHUSTER

Tumeurs végétantes de l'ovaire. Considérations sur leur
pronostic et traitement.

Thèse Nancy 1935-36.

SPECK

Clinical review of papillary adenocarcinoma.

Virginia m. monthly 75/185-190 April 48.

TAYLOR ET ALSOP

Spontaneous regression of peritoneal implantation from
ovarian papillary cystadenoma.

American Journal of cancer. 1932 T.XVI p.1305.

TIXIER, CORDIER ET MARION

Extirpation des tumeurs végétantes bilatérales des ovai-
res avec hystérectomie chez une malade ayant subi deux
laparotomies et des séances de radiothérapie.

Lyon chirurgical. Septembre-Octobre 1936 N°I p.601-605.

VIOLET

Cancer du corps utérin et tumeurs ovariennes concomi-
tantes.

Lyon Médical N°I 1938 p.13 T.161.

WACQUEZ

Tumeurs végétantes de l'ovaire.

Thèse Paris N°170 p.1889-1890.

WOODRUFF ET E.R. NOVAK

Papillary serous tumors of the ovary.

Am. J. of Obs. and Gyn. May 1954.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	2
INTRODUCTION	3
CHAPITRE I : ANATOMIE PATHOLOGIQUE	10
CHAPITRE II : L'ETIOLOGIE	15
CHAPITRE III : SYMPTOMATOLOGIE	20
CHAPITRE IV : DECOUVERTES OPERATOIRES . . .	24
CHAPITRE V : LE TRAITEMENT	36
CHAPITRE VI : EVOLUTION	48
CHAPITRE VII : LES ELEMENTS DU PRONOSTIC . .	52
CONCLUSIONS	62
LES OBSERVATIONS ETUDIEES	-I-
BIBLIOGRAPHIE	-XXXIX-
TABLE DES MATIERES	-XLVII-

0

0 0

Editeur : LE MEMORIAL

10, rue des Wallons

Paris-13°